Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode

Drucksache 7/654

01. 06. 73

Sachgebiet 2170

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Erster Bericht der Bundesregierung nach § 126 c des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) über die Durchführung und den Erfolg der Maßnahmen auf Grund der Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG

Inhalt

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn 1
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1,
Postfach 821, Goethestraße 56, Telefon (0 22 21) 36 35 51

Gemäß § 126 c des Bundessozialhilfegesetzes zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 1. Juni 1973 — Kab / JFS 2 / F — 510 470/1.

A. Einleitung

I. Auftrag des Gesetzgebers

1. Berichtspflicht der Bundesregierung

1. Nach § 126 c BSHG ist die Bundesregierung verpflichtet, dem Bundestag in jeder Legislaturperiode, erstmals zum 1. Oktober 1972, einen Bericht über die Durchführung und den Erfolg der Maßnahmen auf Grund der Bestimmung des Abschnitts 12 BSHG vorzulegen. Diese Verpflichtung ist durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 14. August 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1153) begründet worden. Sie ist Teil des Abschnitts 12 BSHG, der die §§ 123 bis 126 c unter der Überschrift „Sonderbestimmungen zur Sicherung der Eingliederung Behinderter" umfaßt (Text siehe Anhang Nr. 1).

2. Ziel des Abschnitts 12 BSHG im allgemeinen

2. Die Sonderbestimmungen des Abschnitts 12 BSHG bezwecken die Sicherung der Eingliederung Behinderter vor allem durch zwei Maßnahmenkomplexe:

a) rechtzeitige Beratung von Behinderten sowie von Eltern und Vormündern Behinderter durch Ärzte und Gesundheitsämter zum Zweck der frühzeitigen Einleitung der geeigneten ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen;

b) möglichst vollständige Ermittlung der Zahl von Behinderten mit Hilfe von Mitteilungen der Ärzte und Gesundheitsämter zum Zweck der Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung.

3. Grundlagen des Berichts

3. Da die Ausführung des BSHG den Ländern obliegt, hat sich die Bundesregierung an die mit der Bitte gewandt, sie durch Beiträge über die Durchführung des Abschnitts 12 BSHG in den einzelnen Ländern zur Abfassung ihres Berichts in den Stand zu setzen. Entsprechend dem gesundheitsrechtlichen Charakter des Abschnitts 12 BSHG richtete die Bundesregierung ihr Ersuchen an die obersten Gesundheitsbehörden der Länder. Auf ihre Initiative befaßten sich im Oktober 1971 die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder und anschließend die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder mit der bevorstehenden Erarbeitung des Berichts. Dabei nahm die Gesundheitsministerkonferenz u. a. den Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft zustimmend zur Kenntnis, die zuständigen obersten Landesbehörden sollten sicherstellen, daß der Bundesregierung ausreichendes Material als Grundlage für ihren Bericht zur Verfügung gestellt werden könne (siehe Anhang Nr. 7).

4. Im einzelnen trat die Bundesregierung an die obersten Landesgesundheitsbehörden mit ihrem Schreiben vom 5. Mai 1972 heran, dem u. a. ein detaillierter Fragenkatalog beigegeben war (siehe Anhang Nr. 8). In dem Schreiben wurde um Stellungnahme bis zum 15. Juli 1972 gebeten. Die Beiträge der Länder gingen zwischen Juli und September 1972 ein — mit Ausnahme von zwei Beiträgen, die im Februar 1973 übersandt wurden. Außerdem wandte sich die Bundesregierung an die im Anhang (Nr. 9) aufgeführten ärztlichen und sonstigen Organisationen, denen drei allgemein gehaltene Fragen gestellt wurden (siehe Anhang Nr. 8).

4. Termin für die Vorlage des Berichts

5. Nach § 126 c BSHG sollte der Bericht dem Bundestag innerhalb der 6. Legislaturperiode zum 1. Oktober 1972 vorgelegt werden. Die Bundesregierung bat jedoch den Deutschen Bundestag, den Vorlagetermin für den Bericht bis zum 1. Juni 1973 zu verschieben. Der Grund lag einmal darin, daß die Mehrzahl der Länder ihre die Grundlage des Berichts bildenden Stellungnahmen nicht so rechtzeitig vorlegten, daß der ursprünglich vorgesehene Termin eingehalten werden konnte. Dazu kam, daß die für den Bericht unerläßliche Auswertung der ärztlichen Mitteilungsblätter nach § 125 Abs. 2 BSHG durch das Bundesgesundheitsamt erst im Herbst 1972 beginnen konnte, da vorher noch kein Material aus den Ländern eingegangen war. Schließlich schuf die vorzeitige Beendigung der Legislaturperiode des 6. Deutschen Bundestages bereits vor dem 1. Oktober 1972 eine auch für die Vorlage dieses Berichts unvorhergesehene Lage, die zu einer neuen terminlichen Disposition zwang.

II. Vorgeschichte des Abschnitts 12 BSHG

1. Körperbehindertengesetz von 1957

6. Nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1949 wurde das Recht der Hilfe für Behinderte durch das Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen (Körperbehindertengesetz — KBG — vom 27. Februar 1957 — Bundesgesetzbl. I S. 147) in einem wichtigen Teilbereich neu geregelt. Dieses Gesetz enthielt neben fürsorgerechtlichen Regelungen in seinen § 1 Abs. 3 und § 3 bis § 5 gesundheitsrechtliche Bestimmungen über die Siche-

rung der rechtzeitigen Eingliederung Körperbehinderter (einschließlich der sogenannten Seelentauben und Hörstummen). Hierauf baute der Abschnitt 12 BSHG von 1961 auf.

7. Das Ziel der § 1 Abs. 3 und § 3 bis § 5 KBG (siehe Anhang Nr. 3) war vor allem, die Einleitung der im Einzelfall erforderlichen ärztlichen und sonstigen Maßnahmen über eine rechtzeitige Beratung des Körperbehinderten durch Arzt und Gesundheitsamt zu sichern. Daneben sollte durch die Führung einer Kartei der betreuten Personen die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen wissenschaftlich ausgewertet werden. Nach § 3 Abs. 1 KBG waren vor allem Eltern verpflichtet, ihre behinderten Kinder unverzüglich einem Arzt vorzustellen. Bestimmte Betreuungspersonen hatten nach § 3 Abs. 2 die Eltern zur Erfüllung dieser Pflicht anzuhalten. § 3 Abs. 3 verpflichtete die Ärzte zur ärztlichen Beratung und Aushändigung eines amtlichen Merkblatts. § 4 schrieb die Bestellung von Landesärzten, die ärztliche Beratung durch Gesundheitsämter und die Mitwirkung der freiberuflichen Ärzte vor. § 5 regelte die Aufgaben des Landesarztes und des Gesundheitsamtes im einzelnen. Aufgaben des Gesundheitsamtes waren vor allem die Veranstaltung von Sprechtagen, die Einleitung ärztlicher und die Veranlassung fürsorgerischer Maßnahmen, die Aufstellung eines Heil- und Eingliederungsplanes sowie die Überwachung seiner Durchführung und die Führung der genannten Kartei.

8. Diese Bestimmungen gingen zum Teil auf das Vorbild des Preußischen Krüppelfürsorgegesetzes vom 6. Mai 1920 (siehe Anhang Nr. 4) zurück, das Ärzten sowie ärztlichen Fürsorgepersonen zur Sicherung einer frühzeitigen und weitgehenden Erfassung unter Strafandrohung die Pflicht auferlegte, Fälle jugendlicher Körperbehinderter dem Jugendamt anzuzeigen.

2. Bundessozialhilfegesetz von 1961

9. Das Körperbehindertengesetz von 1957 wurde abgelöst durch das Bundessozialhilfegesetz vom 30. Juni 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 815).

10.

a) An die Stelle der § 1 Abs. 3 und § 3 bis § 5 KBG traten die „Sonderbestimmungen für Personen mit körperlicher Behinderung" im Abschnitt 12 BSHG (siehe Anhang Nr. 2). Die hier getroffenen Regelungen waren wie die § 1 Abs. 3 und § 3 bis § 5 KBG gesundheitsrechtlicher und nicht sozialhilferechtlicher Art. Sie gehörten ihrer Natur nach dem allgemeinen Gesundheitsrecht an. Das Gesetz trug dem dadurch Rechnung, daß es der Regelung des Abschnitts 12 BSHG nur vorläufigen Charakter einräumte und in § 123 Satz 1 ausdrücklich die Geltung der Sonderbestimmungen nur „bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung" festlegte. Als eine solche „anderweitige gesetzliche Regelung" hatte der Gesetzgeber damals ein in Vorbereitung befindliches „Gesundheitshilfegesetz" ins Auge gefaßt. Dieses ist jedoch bis heute deshalb nicht zustande gekommen, weil sich die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Nr. 7 GG für Angelegenheiten der „öffentlichen Fürsorge" als nicht tragfähig für die mit diesem Gesetzentwurf verfolgten Absichten erwiesen hat. Mehrere in den folgenden Jahren von der Bundesregierung unternommene Versuche, die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Nr. 19 GG in diesem Sinne zu erweitern, sind fehlgeschlagen.

Immerhin folgt aus diesem gesundheitsrechtlichen Charakter des Abschnitts 12 BSHG, daß die nach ihm zu treffenden ärztlichen Maßnahmen den vom Bund genannten Behinderten anders als die Sozialhilfe unabhängig von bestehenden Versicherungs- oder Versorgungsansprüchen und von Einkommen und Vermögen zugute kommen (vgl. Drucksache 1799 der 3. Wahlperiode, S. 37, 61).

11.

b) Die §§ 123 bis 126 BSHG 1961 übernahmen im wesentlichen die Vorschriften der § 1 Abs. 3 und § 3 bis § 5 KBG. Sie beschränkten sich grundsätzlich auf Personen mit bereits vorhandener oder drohender körperlicher Behinderung. Während jedoch das KBG außer den eigentlichen Körperbehinderten nur noch die genannten Seelentauben und Herstummen erfaßte, erweiterte § 124 Abs. 1 BSHG 1961 den Kreis der zu betreuenden Personen auf alle Hör- und Sprachbehinderten, auf Blinde sowie von Blindheit Bedrohte. Wie die genannten Bestimmungen des KBG beschränkte sich jedoch der Abschnitt 12 BSHG 1961 fast ganz auf die Sicherung ärztlicher Maßnahmen; so ist insbesondere bei der vorgesehenen Beratung durch Arzt und Gesundheitsamt von einer umfassenden Auskunftserteilung abgesehen worden. Im übrigen entsprachen die Bestimmungen im wesentlichen denen des Körperbehindertengesetzes.

12.

c) Bei der Beratung des Abschnitts 12 BSHG beschäftigte sich der federführende Ausschuß auch mit der aus Kreisen der Ärzteschaft geäußerten Befürchtung, durch die den Ärzten auferlegten Verpflichtungen des Gesetzentwurfs könne die Freiheit des behandelnden Arztes beeinträchtigt werden. Nach § 124 Abs. 3 BSHG 1961 bestanden diese Pflichten in der ärztlichen Beratung und in der Aushändigung des amtlichen Merkblatts. Der Ausschuß hat jedoch die geäußerte Befürchtung nach Prüfung aller Gesichtspunkte als unbegründet angesehen (vgl. Drucksache 2673 der 3. Wahlperiode, S. 11).

3. Zweite Novelle zum BSHG von 1969

13. Seinen gegenwärtigen, für diesen Bericht maßgeblichen Inhalt hat der Abschnitt 12 BSHG durch

das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 14. August 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1153) erhalten. Die seit dem 1. Oktober 1969 geltende Fassung beruht auf der Neubekanntmachung des BSHG vom 18. September 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1688).

Durch diese Neugestaltung hat der von der Ersten Novelle zum BSHG 1965 unberührt gebliebene Abschnitt 12 BSHG wichtige Änderungen und Erweiterungen erfahren. In der Begründung des Gesetzentwurfs wurde als eines der drei Hauptziele der Novelle hervorgehoben, daß „eine wirksamere Gestaltung" der §§ 123 bis 126 BSHG angestrebt werde. Das doppelte Ziel der neugestalteten Vorschriften sei es, „insbesondere die Möglichkeit einer rechtzeitigen Einleitung der im Einzelfall notwendigen Eingliederungsmaßnahmen wie auch einer umfassenden Planung der hierfür erforderlichen Einrichtungen" sicherzustellen (Drucksache V/3495 S. 10). Die geltenden Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG reichten zur Sicherung dieses Zieles nicht aus (ebenda, S. 18).

14. Die Entstehungsgeschichte auch dieser Vorschriften ist von Stellungnahmen und Appellen ärztlicher Standesvertretungen begleitet worden. Man wandte sich insbesondere gegen die Einführung einer Pflicht der Ärzte zu namentlicher Mitteilung Behinderter an die Gesundheitsämter. Eine solche „Meldepflicht" verstoße gegen die ärztliche Schweigepflicht und zerstöre das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Man werde an die unseligen „Krüppellisten" des sogenannten Dritten Reiches erinnert. Zwischen der Ablehnung einer namentlichen Mitteilung von seiten der Ärzteschaft und dem Bestreben der Bundesregierung, zur Planung der erforderlichen Einrichtungen möglichst alle Fälle von Behinderung zuverlässig zu erfassen, kam es zu dem Kompromiß des § 125 Abs. 2 BSHG, wonach die Ärzte wesentliche Angaben zur Person, jedoch ohne Namensnennung mitzuteilen haben. Die Mitteilung wesentlicher Angaben zur Person war auf Vorschlag des Bundesrates aufgenommen worden. Gerade im Hinblick auf diesen Kompromiß betonte der Bundestag, die Erweiterungen des Abschnitts 12 BSHG stellten das Mindeste dessen dar, was verlangt werden müsse, um die damit verfolgten Ziele zu erreichen (siehe Schriftlicher Bericht des zuständigen Ausschusses, Drucksache V/4429 S. 2).

Im einzelnen brachte das Zweite Änderungsgesetz gegenüber der ursprünglichen Fassung des Abschnitts 12 BSHG und den entsprechenden Bestimmungen des Körperbehindertengesetzes vor allem folgende Änderungen:

15.

a) Den weitergehenden Sozialleistungsvorschriften des BSHG folgend wurde der bisherige Anwendungsbereich des Abschnitts 12 BSHG sowohl in sachlicher wie auch in persönlicher Hinsicht ausgedehnt:

— Im sachlichen Anwendungsbereich gab man die grundsätzliche Beschränkung auf ärztliche Maßnahmen zugunsten einer umfassenden Zielsetzung auf. Damit wurde in den Abschnitt 12 BSHG der Gesamtablauf des Rehabilitationsprozesses einbezogen, d. h. neben den ärztlichen Maßnahmen auch solche vorschulisch-schulischer, beruflicher und sozialer Art.

— Im persönlichen Anwendungsbereich verließ man endgültig den beschränkten, im BSHG von 1961 bereits erweiterten Rahmen des Körperbehindertengesetzes. Damit wurden vor allem die geistig Behinderten und die auch im Sozialleistungsbereich neue Gruppe der seelisch Behinderten in die Sicherungsvorschriften des Abschnitts 12 einbezogen.

16.

b) Das bisherige kombinierte System von Pflichten der Eltern minderjähriger Behinderter und gewisser Betreuungspersonen (§ 124 Abs. 2 a. F.) wurde im einzelnen erweitert und ergänzt. So nennt § 124 Abs. 1 n. F. nunmehr ausdrücklich die Pflicht von Eltern und Vormündern, die ihnen anvertrauten behinderten Kinder und Jugendlichen dem Gesundheitsamt oder einem Arzt vorzustellen. Neu ist § 124 Abs. 3, wonach bestimmte Betreuungspersonen erwachsenen Behinderten anzuraten haben, das Gesundheitsamt oder einen Arzt aufzusuchen.

17.

c) Die bisherigen Pflichten der Ärzte (§ 124 Abs. 3 und 4 a. F.) wurden in einigen Punkten eingeschränkt, im übrigen aber wesentlich erweitert. Die Einschränkung besteht darin, daß die bisherige unabdingbare Pflicht zur ärztlichen Aufklärung so aufgelockert wurde, daß der Arzt nach § 125 Abs. 1 n. F. die Wahl hat, ob er selbst beraten oder auf die Beratung durch Gesundheits- oder Arbeitsamt verweisen will. Die Pflicht zur Aushändigung des amtlichen Merkblatts ist geblieben. Erweiterungen brachten folgende Vorschriften:

— Die Beratung des Arztes hat sich nicht auf ärztliche Maßnahmen zu beschränken, sondern auch die geeigneten sonstigen Eingliederungsmaßnahmen einzubeziehen (§ 126 Nr. 1 n. F.).

— Nach § 125 Abs. 2 n. F. haben die Ärzte die ihnen bekanntwerdenden Behinderungen alsbald ohne Namensnennung dem Gesundheitsamt mitzuteilen; damit sollen Unterlagen zur Planung der erforderlichen Einrichtungen geschaffen und wissenschaftlich ausgewertet werden.

Neu ist auch die Ermächtigung des zuständigen Bundesressorts nach § 125 Abs. 4, Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Bestimmungen zu erlassen (Tz. 40).

18.

d) Die Aufgaben der Gesundheitsämter und der Landesärzte (§§ 125, 126 a. F.) sind zwar in den

Grundzügen beibehalten und nur näher bestimmt worden. Die Ausdehnung des Anwendungsbereichs des Abschnitts 12 BSHG auf grundsätzlich alle Behinderten und auf alle Eingliederungsmaßnahmen hat jedoch auch die Aufgaben der Gesundheitsämter (§ 126 n. F.) und der Landesärzte (§ 126 a n. F.) erheblich erweitert. Den Gesundheitsämtern ist insbesondere eine umfassende Beratungs- und Erfassungsaufgabe zugewachsen. Die Führung einer Kartei der betreuten Personen wurde ersetzt durch die Sammlung und Auswertung der von den Ärzten eingehenden Mitteilungen und der eigenen Unterlagen über Behinderte. Es wurde im Gesetz zugleich hervorgehoben, daß diese Erfassungsmaßnahmen zur Planung der erforderlichen Einrichtungen dienen.

19.

e) Neu ist die Vorschrift des § 126 b, wonach die Bevölkerung — nach der amtlichen Begründung vor allem durch Presse, Rundfunk und Fernsehen — in doppelter Hinsicht unterrichtet werden soll:

— über die Möglichkeiten der Eingliederung von Behinderten;

— über die nach Abschnitt 12 BSHG bestehenden Verpflichtungen, insbesondere der Eltern behinderter Kinder und der verschiedenen Betreuungspersonen.

20.

f) Neu ist auch die Bestimmung des § 126 c über die Berichtspflicht der Bundesregierung. Diese im Regierungsentwurf der Zweiten Novelle noch nicht vorgesehene Bestimmung wurde durch den Bundestag eingefügt. Hierdurch soll dem Deutschen Bundestag nach bestimmten Zeitabständen die Prüfung der Frage ermöglicht werden, ob und inwieweit die Ziele des Abschnitts 12 BSHG erreicht worden sind (siehe Schriftlicher Bericht des zuständigen Ausschusses, Drucksache V/4429 S. 2).

III. Sozialpolitische Zusammenhänge

21. Die Neufassung des Abschnitts 12 BSHG und seine Durchführung kann indessen nicht isoliert, sondern muß als ein wichtiger Teil umfassender sozialpolitischer Maßnahmen auf dem Gebiet der Rehabilitation gesehen werden.

1. Regierungserklärungen von 1969 und 1973

22. Bereits in der Regierungserklärung vom Oktober 1969 wurde die Notwendigkeit der Hilfe für Behinderte hervorgehoben. Es hieß dort, die Bundesregierung werde um verstärkte Maßnahmen bemüht sein, die den Benachteiligten und Behinderten in Beruf und Gesellschaft, wo immer dies möglich sei, Chancen eröffnen.

Die Regierungserklärung vom Januar 1973 weist der Eingliederung Behinderter eine noch stärkere Bedeutung zu und stellt sie an die Spitze der gesundheits- und sozialpolitischen Aufgaben (Bulletin der Bundesregierung vom 19. Januar 1973, Nummer 6 S. 53). Hier wird auf die große Bedeutung der Rehabilitation in allen ihren Phasen hingewiesen. Insbesondere sei an die behinderten Kinder zu denken. Man habe durch bewunderswerte und geduldige Arbeit bewiesen, wie viele von ihnen zur Rehabilitation fähig seien, wenn man sich ihrer nur annehme. Gerade ihre frühzeitige Beratung und Erfassung ist Kernpunkt der Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG.

2. Aktionsprogramm der Bundesregierung von 1970

23. Auf Grund ihrer Regierungserklärung von 1969 verkündete die damalige Bundesregierung im April 1970 ihr 11 Punkte umfassendes „Aktionsprogramm zur Förderung des Rehabilitation der Behinderten" als Teil des Sozialberichts 1970 (Drucksache VI/643). Dieses Aktionsprogramm wurde in der Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage aus dem Deutschen Bundestag im Juni 1970 noch näher erläutert (Drucksache VI/896). Das Aktionsprogramm bildet die Grundlage der Behindertenpolitik der Bundesregierung. Darin sind auch die beiden Hauptziele des vorliegenden Berichts — nämlich Beratung und Erfassung Behinderter — angesprochen:

a) Punkt 3 des Aktionsprogramms unterstreicht, daß ein optimaler Erfolg des Rehabilitationsverfahrens nur möglich ist, wenn Behinderungen rechtzeitig erkannt und die Behinderten frühzeitig beraten werden. Daher sollten die Dienststellen der gesetzlichen Leistungsträger, die Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Arbeitsämter jedem Behinderten beratend zur Seite stehen.

b) Nach Punkt 8 des Programms und der Antwort auf Frage 8 der Anfrage ist die Schaffung einer umfassenden Bundesstatistik über Behinderte erforderlich. Erst mit zuverlässigen örtlichen und überörtlichen Unterlagen über die Zahl der Behinderten könne der Bedarf an Einrichtungen ermittelt werden. Gesetzliche Grundlage hierfür biete insbesondere Abschnitt 12 BSHG.

3. Berichte der Bundesregierung

24. Die grundsätzliche Haltung der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation Behinderter — insbesondere zur Beratung und Erfassung Behinderter — ist im übrigen auch im Zusammenhang mit der gesamten Gesundheits- und Sozialpolitik zu sehen. Sie findet u. a. ihren Niederschlag in dem Gesundheitsbericht von 1971, dem Sozialbericht von 1972 und dem besonderen Bericht der Bundesregierung von 1973 über den Erfolg der 1971 eingeführten Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 181 bis 181 b der Reichsversicherungsordnung.

a) Gesundheitsbericht von 1970

25. Der enge Zusammenhang der Rehabilitation mit der Prävention kommt in dem Gesundheitsbericht von 1970 (Drucksache VI/1667) als ein wesent-

liches Kriterium wirksamer Gesundheitspolitik zum Ausdruck. Die Bundesregierung bekennt sich hierbei uneingeschränkt zu dem Grundsatz, daß Prävention vor Rehabilitation geht. Als entscheidend sieht die Bundesregierung in diesem Zusammenhang Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und der Früherkennung von Krankheiten an. Im Vordergrund stehen dabei Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen. Daneben ist die individuelle ärztliche Vorsorgeberatung ausdrücklich hervorgehoben.

Die nach Abschnitt 12 BSHG von Ärzten und Gesundheitsämtern zu erteilende Beratung bei drohender oder bereits vorhandener Behinderung ist im Zusammenhang mit den hier angedeuteten allgemeinen Vorsorgebemühungen zu sehen.

b) Sozialbericht von 1972

26. Ausgehend von der Aufgabenstellung des Aktionsprogramms sieht der Sozialbericht 1972 (Drucksache VI/3432) im Abschnitt „Rehabilitation" ein wichtiges Ziel darin, statistische Unterlagen über die Zahl der Behinderten, die Art der Behinderungen und die Rehabilitationsbedürftigkeit der ermittelten Personen sowie über Zahl, Art und Kapazität der erforderlichen Einrichtungen zu gewinnen. Gerade diesem Ziel sollte nach der Absicht des Gesetzgebers die nach Abschnitt 12 BSHG vorgesehene Erfassung Behinderter — vor allem auf Grund der Mitteilungsblätter der Ärzte — dienen.

c) Vorsorgebericht von 1973

27. Im Zusammenhang mit dem Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz (2. KVÄG) von 1970 (Tz. 127) hat die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag zum Frühjahr 1973 über einen wichtigen Bereich des bereits im Gesundheitsbericht von 1970 behandelten Vorsorgekomplexes Bericht erstattet. Es ist der Bericht über die Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der Krankenkassen sowie den zusätzlich von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen der Vorsorgehilfe (Drucksache 7/454).

Der Bericht versucht vor allem eine erste Bilanz der Erfahrungen mit den durch das 2. KVÄG in die Reichsversicherungsordnung eingefügten Früherkennungsvorschriften der §§ 181 bis 181 b zu ziehen. Nach dem Bericht haben die bisherigen Erfahrungen wegen der kurzen Zeit seit Anlaufen der Maßnahmen nur beschränkten Aussagewert. Danach liegt die Quote der Inanspruchnahme durch weibliche Kassenmitglieder bei 30 v. H., durch männliche Mitglieder bei 10 v. H. und durch Kinder bei 25 bis 35 v. H., wenn man von den ersten beiden, in der Regel nach der Geburt in der Klinik vorgenommenen Untersuchungen absieht.

4. Anfragen aus dem Bundestag

28. Die Bundesregierung hat sich in der 6. Legislaturperiode anläßlich von Anfragen aus dem Deutschen Bundestag schon mehrfach über Maßnahmen nach dem Abschnitt 12 BSHG geäußert.

29.

a) In der Fragestunde am 5. März 1971 fragte der Abgeordnete Burger, ob sich die verbesserten Bestimmungen des BSHG über die Meldung von Behinderten bewährt hätten und ob so zuverlässige Zahlen für die Planung von Einrichtungen zu erwarten seien (Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, 105. Sitzung, S. 6094 A/B).

Die Bundesregierung antwortete darauf, es sei noch verfrüht, die Frage nach der Bewährung der Mitteilungspflicht des § 125 Abs. 2 BSHG zu stellen, da zuerst die Länder aufgrund der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift des Bundes vom Juli 1970 eigene Durchführungsvorschriften hätten erlassen müssen. Sie äußerte sich jedoch aufgrund der damaligen Erwartungen zuversichtlich darüber, daß durch die Mitteilungen der Ärzte an die Gesundheitsämter eine von Jahr zu Jahr vollständigere Gesamtstatistik der Behinderten entstehe.

30.

b) Im Juli 1971 stellte der Abgeordnete Kater die Frage, was die Bundesregierung tun wolle, um die zur Meldung Behinderter verpflichteten Berufe dazu anzuhalten, Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher rechtzeitig aufzuklären.

In ihrer Antwort vom 18. August 1971 (Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, Drucksache VI/2492, Nr. 300) wies die Bundesregierung darauf hin, daß die Ausführung der Maßnahmen des Abschnitts 12 BSHG allein den Ländern obliegt. Dem Bund sei lediglich die Ermächtigung eingeräumt worden, Verwaltungsvorschriften zur Durchführung des § 125 (Aufgaben der Ärzte) zu erlassen. Dies habe er mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 21. Juli 1970 getan, die das Muster eines amtlichen Merkblatts zur Beratung Behinderter enthalte. In den Ländern sei inzwischen mit der Ausgabe der regional oder örtlich ergänzten Merkblätter begonnen worden.

31.

c) In der Fragestunde vom 3. Mai 1972 fragte der Abgeordnete Abelein, ob die Bundesregierung eine Registrier- oder Meldepflicht zur Erfassung der Behinderten einführen wolle (Deutscher Bundestag, 6. Wahlperiode, 185. Sitzung, S. 10857, C/D).

Die Bundesregierung gab hierzu die Auskunft, daß bei den Beratungen der Zweiten Novelle zum BSHG die Frage der namentlichen Meldepflicht eingehend erörtert, aber im Hinblick auf die von der Ärzteschaft geäußerten Bedenken nur in der Form einer Mitteilungspflicht der Ärzte ohne Namensnennung (§ 125 Abs. 2 BSHG) beschlossen worden sei. Erst aufgrund des Berichts nach § 126 c BSHG könne beurteilt werden, ob mit Hilfe dieser Vorschriften gesicherte Zahlen über die Behinderten zu ermitteln seien.

B. Inhalt der Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG

32. Um die Frage nach der Durchführung und dem Erfolg der Maßnahmen aufgrund des Abschnitts 12 BSHG prüfen und beantworten zu können, bedarf es zunächst der näheren Darstellung ihres Inhalts und ihrer Zielsetzung einschließlich ihrer Ausgestaltung in Durchführungsvorschriften des Bundes und der Länder.

I. Gesetzliche Vorschriften

33. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß der Personenkreis des Abschnitts 12 nicht die Behinderten umfaßt, die Rehabilitationsleistungen nach der gesetzlichen Unfallversicherung oder dem Bundesversorgungsgesetz erhalten (§ 123 Satz 2 BSHG). Davon abgesehen gilt für diesen Abschnitt grundsätzlich ein umfassender, wenn auch nicht näher umschriebener Begriff der Behinderten, denen die von einer Behinderung Bedrohten gleichstehen (§ 123 Satz 3 BSHG). Als wichtige Ausnahme hiervon gilt für die in den §§ 124 und 125 BSHG genannten Personen — Eltern und Vormünder behinderter Kinder, bestimmte ärztliche und andere Betreuungspersonen sowie Ärzte — der im einzelnen genauer bestimmte Begriff einer Behinderung nach § 124 Abs. 4 BSHG (vgl. Tz. 81).

In den §§ 124 bis 126 b BSHG werden bestimmte Personengruppen und Behörden zu folgenden Maßnahmen verpflichtet:

1. Eltern und Vormünder

34. Pflicht, die ihrer Personensorge anvertrauten Behinderten unverzüglich dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung vorzustellen — Vorstellpflicht (§ 124 Abs. 1 BSHG).

2. Bestimmte Betreuungspersonen

35.

a) Pflicht, die Personensorgeberechtigten (Eltern und Vormünder) auf die Behinderung und ihre Vorstellpflicht hinzuweisen — Hinweispflicht; nach unterlassener Vorstellung trotz wiederholtem Hinweis: Pflicht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen — Benachrichtigungspflicht; die verpflichteten Personen sind: Hebammen, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen und Heimerzieher (§ 124 Abs. 2 BSHG);

b) Pflicht, volljährigen Behinderten anzuraten, das Gesundheitsamt oder einen Arzt zur Beratung aufzusuchen — Anratepflicht; mit ausdrücklicher Zustimmung des Behinderten: Pflicht, das Gesundheitsamt (bei beruflichen Eingliederungsmaßnahmen das Arbeitsamt) zu benachrichtigen — Benachrichtigungspflicht; die verpflichteten Personen sind Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeiter (§ 124 Abs. 3 BSHG).

3. Ärzte

36. Gegenüber den in § 124 Abs. 1 genannten Personensorgeberechtigten minderjähriger oder unmündiger Behinderter und den in § 124 Abs. 3 genannten volljährigen Behinderten:

a) alternative Pflicht, über die geeigneten ärztlichen und sonstigen Maßnahmen selbst zu beraten oder auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt (bei beruflichen Eingliederungsmaßnahmen das Arbeitsamt) hinzuweisen — Beratungs- oder Hinweispflicht (§ 125 Abs. 1 erster Halbsatz BSHG);

b) Pflicht, ein amtliches Merkblatt auszuhändigen (Näheres hierzu in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift des Bundes — VwV — vom 21. Juli 1970, Tz. 42) — Aushändigungspflicht § 125 Abs. 1 zweiter Halbsatz BSHG);

c) Pflicht, zur Sicherung der in § 126 Nr. 3 genannten Zwecke (insbesondere Planung der erforderlichen Einrichtungen, weitere wissenschaftliche Auswertung) die ihnen bekannt werdenden Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person des Behinderten ohne Namensnennung alsbald dem Gesundheitsamt mitzuteilen (Näheres hierzu in der genannten VwV — Mitteilungsblatt, Tz. 43) — Mitteilungspflicht (§ 125 Abs. 2 BSHG);

d) Pflicht, alsbald das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn ein Personensorgeberechtigter trotz wiederholter Aufforderung die erforderlichen ärztlichen Maßnahmen nicht durchführen läßt oder vernachlässigt — Benachrichtigungspflicht; bei anderen als ärztlichen Maßnahmen Recht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen — Benachrichtigungsrecht (§ 125 Abs. 3 BSHG).

4. Gesundheitsamt

37.

a) Aufgabe, Behinderte oder Personensorgeberechtigte (Eltern und Vormünder) über die geeigneten ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen zu beraten — Beratungsaufgabe (§ 126 Nr. 1 Satz 1 BSHG);

b) Aufgabe, für die Beratung im Benehmen mit den Landesärzten die erforderlichen Sprechtage durchzuführen (§ 126 Nr. 1 Satz 4 BSHG);

c) Aufgabe, Behinderten oder Personensorgeberechtigten bei der Beratung ein amtliches Merkblatt auszuhändigen — Aushändigungsaufgabe (§ 126 Nr. 1 Satz 3 BSHG);
d) Aufgabe, sich bei der Beratung während und nach Heil- und Eingliederungsmaßnahmen mit dem behandelnden Arzt ins Benehmen zu setzen, bei Zustimmung der Betroffenen auch mit anderen beteiligten Stellen oder Personen — Beteiligungsaufgaben (§ 126 Nr. 1 Satz 1 und 2 BSHG);
e) Aufgabe, zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen den zuständigen Sozialleistungsträger (bei beruflicher Eingliederung auch die Bundesanstalt für Arbeit) mit Zustimmung der Betroffenen zu verständigen — Mitteilungsaufgabe (§ 126 Nr. 2 BSHG);
f) Aufgabe, die (von den Ärzten mitgeteilten und eigenen) Unterlagen auszuwerten und sie zur Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung (nach näherer Bestimmung der zuständigen obersten Landesbehörden) weiterzuleiten — statistische Aufgaben (§ 126 Nr. 3 BSHG).

5. Landesärzte

38.

a) Aufgabe, die Gesundheitsämter bei Einrichtung und Durchführung der Sprechtage zu unterstützen und sich daran zu beteiligen (§ 126 a Abs. 2 Nr. 1 BSHG);
b) Aufgabe, Gutachten für bestimmte Behörden zu erstatten (§ 126 a Abs. 2 Nr. 2 BSHG);
c) Aufgabe, die zuständigen Landesbehörden über den Erfolg der Maßnahmen für Behinderte regelmäßig zu unterrichten (§ 126 a Abs. 2 Nr. 3 BSHG).

6. Länder

39.

a) Aufgabe, durch ihre zuständigen obersten Landesbehörden nähere Bestimmungen über die Weiterleitung der Unterlagen der Gesundheitsämter zur wissenschaftlichen Auswertung zu treffen (§ 126 Nr. 3 BSHG);
b) Aufgabe, Landesärzte für Behinderte zu bestellen (§ 126 a Abs. 1 BSHG);
c) Aufgabe, die Bevölkerung regelmäßig über Eingliederungsmöglichkeiten und Verpflichtungen nach diesem Abschnitt zu unterrichten (§ 126 b BSHG);
d) weitere Aufgaben nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift des Bundes vom 21. Juli 1970 (Tz. 37 bis 40).

II. Allgemeine Verwaltungsvorschrift des Bundes

40. Auf Grund der Ermächtigung des § 125 Abs. 4 BSHG hat der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (der an die Stelle des ursprünglich zuständigen Bundesministers des Innern getreten ist) zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (VwV) vom 21. Juli 1970 (GMBl. S. 364 erlassen (Text siehe Anhang Nr. 6). Ihr Inhalt ist im wesentlichen folgender:

1. Unterrichtung der Ärzte

41. Nach § 2 VwV sind die Ärzte über Inhalt und Zweck des Abschnitts 12 BSHG sowie über die Möglichkeiten der Eingliederung Behinderter, d. h. auch über die nach dem Gesetz den Ärzten obliegenden Pflichten, schriftlich zu unterrichten.

2. Amtliches Merkblatt

42. Nach § 125 Abs. 1 zweiter Halbsatz BSHG haben die Ärzte und nach § 126 Nr. 1 Satz 3 BSHG die Gesundheitsämter den Behinderten oder Personensorgeberechtigten bei der Beratung ein amtliches Merkblatt auszuhändigen, das über gesetzliche Hilfen und über ärztliche, schulische, berufliche und sonstige Eingliederungsmaßnahmen für Behinderte unterrichtet. Nach § 3 Abs. 1 VwV ist dieses Merkblatt den Ärzten in genügender Zahl zur Verfügung zu stellen. Das von den Ländern herauszugebende Merkblatt muß den knappen, aber umfassenden Text der Anlage 1 der VwV (Muster des amtlichen Merkblatts) enthalten. Es soll jedoch unter Berücksichtigung regionaler oder örtlicher Gegebenheiten ergänzt werden. Nach § 3 Abs. 2 VwV sind die Ärzte darauf aufmerksam zu machen, daß sie stets das Merkblatt auszuhändigen haben, unabhängig davon, ob sie selbst beraten oder auf Gesundheits- oder Arbeitsamt verweisen.

3. Mitteilungsblatt

43. Nach § 125 Abs. 2 BSHG haben die Ärzte die ihnen bekanntwerdenden Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person ohne Namensnennung alsbald dem Gesundheitsamt mitzuteilen. Die VwV konkretisiert diese Bestimmung vor allem durch die verbindliche Gestaltung eines Mitteilungsblattes (§ 4 Abs. 1 Satz 2 VwV mit Anlage 2). Die Mitteilungsblätter sind den Ärzten in genügender Anzahl zur Verfügung zu stellen (§ 4 Abs. 1 Satz 1 VwV). Nach § 4 Abs. 2 und 3 VwV sind die Ärzte darauf aufmerksam zu machen, daß sie das ausgefüllte Mitteilungsblatt dem Gesundheitsamt auch dann zu übersenden haben, wenn sie nicht selbst beraten, und dazu anzuhalten, die Blätter alsbald, spätestens vierteljährlich, an das zuständige Gesundheitsamt zu übersenden.

III. Durchführungsmaßnahmen der Länder

44. Zur Durchführung des Abschnitts 12 BSHG und der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift des Bundes haben die Länder ihrerseits Durchführungsmaßnah-

men ergriffen, um die Voraussetzungen für die vom Gesetz geforderte Beratung und Erfassung zu schaffen. Im einzelnen sind die von den obersten Landesgesundheitsbehörden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erlassenen Verwaltungsvorschriften und getroffenen Maßnahmen inhaltlich und verwaltungsorganisatorisch verschieden (siehe Übersicht Anhang Nr. 13).

45.

1. Den Gesundheitsämtern wurden die Texte des amtlichen Merkblattes, des Mitteilungsblattes, des Abschnitts 12 BSHG und weitere Hinweise in den Flächenstaaten meist durch Ministerialerlasse — in den Stadtstaaten formlos — mitgeteilt; gleichzeitig sind die Gesundheitsämter mit der Bereithaltung der Merkblätter und der Mitteilungsblätter für die Ärzte beauftragt worden.

46.

2. Die Ärzte wurden in den Flächenstaaten über ihre Verpflichtungen aus dem Abschnitt 12 BSHG und über die Möglichkeiten der Eingliederung Behinderter fast überall durch Veröffentlichungen der zuständigen Landesministerien in den Landesärzteblättern unterrichtet; dabei wurden auch die Texte des amtlichen Merkblattes und des Mitteilungsblattes sowie deren Bezugsmöglichkeiten mitgeteilt. In einigen Ländern wurde den Ärzten darüber hinaus eine Erstausstattung mit amtlichen Merkblättern und Mitteilungsblättern mit der Post zugestellt. Die Stadtstaaten bedienten sich der Hilfe ihrer Ärztekammern oder traten auf anderem Wege an die Ärzte heran. Von einigen Ländern wurden besondere Merkblätter für Ärzte entwickelt.

47.

3. Die genannten Veröffentlichungen in Amtsblättern und Ärzteblättern der Länder sowie die Ausgabe der amtlichen Merkblätter und der Mitteilungsblätter an die Gesundheitsämter sind — von wenigen Ausnahmen abgesehen — im Verlauf des Jahres 1971 erfolgt. Ein Land hat jedoch die erforderlichen Durchführungsmaßnahmen erst Anfang 1973 getroffen.

48. Es kann somit davon ausgegangen werden, daß gegen Ende des Jahres 1971 in fast allen Bundesländern die verwaltungsorganisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung der Beratungs- und Erfassungsmaßnahmen nach dem neugefaßten Abschnitt 12 BSHG im wesentlichen geschaffen waren.

C. Durchführung der Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG

I. Allgemeines

49.

1. Die von den Ländern übersandten Beiträge und Stellungnahmen der ärztlichen und anderen Organisationen sind sowohl dem Umfang wir auch dem Inhalt nach sehr unterschiedlich. Fast einhellig wurde jedoch von den Ländern die Frage nach dem Erfolg der Maßnahmen aufgrund des Abschnitts 12 dahin beantwortet, daß es bei dem gegenwärtigen Stand der Durchführung noch nicht möglich sei, einen Erfolg oder Mißerfolg der gesetzlichen Bestimmungen festzustellen. Von einigen Ländern wird allerdings bereits angedeutet, daß die Vorschriften über die Beratung Behinderter durch Ärzte und Gesundheitsämter nach gewisser Zeit und weiteren Bemühungen zu befriedigenden Erfolgen führen dürften. Dagegen werden den Vorschriften über die Pflicht der Ärzte zur Mitteilung Behinderter an die Gesundheitsämter weniger Realisierungschancen gegeben.

50.

2. Stärkste Vorbehalte gegen die Mitteilungspflicht bestehen bei einigen Ärzteorganisationen, worauf im einzelnen noch einzugehen ist. Von einigen ärztlichen Fachverbänden und wissenschaftlichen Gesellschaften ist darauf hingewiesen worden, daß sie sich von den Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG nicht betroffen fühlten. Vereinzelt wurde mitgeteilt, daß man die einschlägigen Vorschriften nicht kenne und um ihre Übersendung bitte. Hervorzuheben ist, daß von seiten der Ärzteschaft grundsätzlich die Bereitschaft zur Mitarbeit an einer Verwirklichung der Ziele des Gesetzgebers erklärt worden ist. Ein Verband hat die Zielsetzung des Abschnitts 12 BSHG — möglichst frühzeitige Erkennung von Fehlbildungen, rechtzeitige Beratung und Behandlung Behinderter sowie die Sammlung entsprechender Unterlagen — ausdrücklich bejaht.

II. Behindertenbegriff

51.

1. Vorab sei bemerkt, daß die meisten Länder in ihren Beiträgen entsprechend dem ihnen übersandten Fragenkatalog auf den besonderen Behindertenbegriff des § 124 Abs. 4 BSHG eingegangen sind, den das Gesetz nur für die Anwendung der Maßnahmen nach den §§ 124 und 125 BSHG geschaffen hat. Der umfassendere Behindertenbegriff, der für Abschnitt 12 BSHG im

übrigen gilt, wird dagegen in diesem Zusammenhang nicht erwähnt (Tz. 33, 81).

Die Stellungnahmen der Länder zu dieser Frage weichen zwar im einzelnen voneinander ab. Von fast allen Ländern wurde aber die Auffassung vertreten, die Aufzählung einzelner Behinderungen habe sich bewährt oder wenigstens keine Schwierigkeiten bereitet. Allerdings haben einige Länder auch erwähnt, daß die Auslegung der Begriffe „erheblich", „nicht nur vorübergehend", Beeinträchtigung der „seelischen Kräfte" und „drohende Behinderungen" teilweise als schwierig angesehen worden sei. Ferner ist auf Schwierigkeiten mit der Einordnung von chronischen, besonders internen Leiden, aber auch von Suchtkranken und Unfallgeschädigten hingewiesen worden.

52.

2. Unabhängig von der Mitteilung, daß sich die Aufzählung des § 124 Abs. 4 BSHG im großen ganzen bewährt habe, halten die meisten Bundesländer die Einführung einer Generalklausel im BSHG, die auch für Abschnitt 12 gelten sollte, für zweckmäßig. Sie beziehen sich dabei in der Regel auf den entsprechenden Vorschlag zu § 39 in der Dritten Novelle zum BSHG. Einige Länder verweisen dabei auch auf Nummer 4 der Entschließung der Gesundheitsminister und Senatoren der Länder vom 28./29. Oktober 1971, in der ebenfalls eine Generalklausel in § 39 angeregt wurde (siehe Anhang 8 b). Hiervon ausgehend hat sich auch der Arbeitsausschuß „Bundessozialhilfegesetz und Gesundheitsamt" der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder am 4. Februar 1972 für eine Angleichung des § 124 Abs. 4 an den Behindertenbegriff des § 39 BSHG in Verbindung mit der Eingliederungshilfe-Verordnung ausgesprochen.

III. Beratung Behinderter

1. Maßnahmen der Ärzte

53.

a) Die Frage, in welchem Umfang die Ärzte die ihnen nach § 125 Abs. 1 BSHG obliegende Pflicht zur Beratung der Behinderten erfüllt haben und wo besondere Schwierigkeiten aufgetreten sind, ist aus verständlichen Gründen schwer zu beantworten. Diese Beratung findet in der Praxis des Arztes statt und ist statistisch nur schwer zu erfassen. Mehrere Länder teilten mit, inwieweit die Ärzte ihrer Beratungspflicht nachkämen, sei nicht belegbar. Es wird auch der Verdacht geäußert, daß dies nur unzureichend geschehe. Dafür, daß wahrscheinlich nicht wenige Ärzte Behinderte nur unvollkommen oder gar nicht beraten, sind vielfältige Gründe genannt worden, denen unterschiedliches Gewicht beigelegt wurde. Dabei sollen u. a. eine Rolle spielen:

- unzureichende Kenntnis über den § 125 Abs. 1 und 3 BSHG und über die Möglichkeiten ärztlicher, vorschulisch-schulischer, beruflicher und sozialer Eingliederungsmaßnahmen;
- die Sorge um eine Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses;
- der Wunsch, mögliche spätere Regreßansprüche des Behinderten wegen unterbliebener Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden;
- der Zeitaufwand, der mit der Beratung des Behinderten oder des Personensorgeberechtigten verbunden ist und für eine Fortbildung über Fragen der Rehabilitation im allgemeinen und des Abschnitts 12 BSHG im besonderen aufgebracht werden muß;
- eine Zurückhaltung bei persönlichen Kontakten zu Gesundheitsämtern, örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sowie sonstigen Sozialleistungsträgern und Behörden.

Es sind Hinweise eingegangen, daß die Beratung über medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durch diejenigen Ärzte intensiver und umfassender erfolge, die Spezialkenntnisse auf dem Gebiet der Rehabilitation besäßen, wobei besonders die Beratung durch Orthopäden, Hals-Nasen-Ohren- und Kinderärzte hervorgehoben wird. Für andere Fachbereiche liegen keine konkreten Hinweise vor. Einzelne Berufsverbände und wissenschaftliche Gesellschaften haben die Frage nach der frühzeitigen Erkennung von Behinderungen oder Fehlbildungen mit dem Hinweis beantwortet, ihr Fachbereich sei vom Abschnitt 12 BSHG nicht betroffen.

Es bestehen offenbar insbesondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Pflicht des Arztes, die Behinderten außer über ärztliche auch über sonstige Eingliederungsmaßnahmen zu beraten. Hierzu sind verschiedentlich Hinweise eingegangen, die Ärzte seien dadurch überfordert, außerdem über die vorhandenen Möglichkeiten nicht ausreichend unterrichtet. Von einigen Ländern und von einem Verband ist vorgeschlagen worden, die Beratung durch freipraktizierende Ärzte auf ärztliche Eingliederungsmaßnahmen zu beschränken und die Behinderten im übrigen an die Beratungsstellen für Behinderte in den Gesundheitsämtern zu verweisen.

54.

b) Die von den Ärzten an Behinderte auszuhändigenden amtlichen Merkblätter (§ 125 Abs. 1 BSHG) sind als ein geeignetes zusätzliches — neben die Beratung tretendes — Mittel zur Information der Behinderten grundsätzlich begrüßt worden. Wichtig sei vor allem der darin enthaltene Hinweis auf die Beratung durch die Gesundheitsämter. Andererseits wird darauf hingewiesen, daß die von den Ländern zur Verfügung gestellten Merkblätter noch nicht in dem erhofften Maße an die Behinderten ausgehändigt worden seien. Die Länder haben den Ärzten die

amtlichen Merkblätter — allerdings zu verschiedenen Zeitpunkten — teils direkt, teils über die Gesundheitsämter oder Ärztekammern zugeleitet. Darüber hinaus sind die Ärzte durch Hinweise in den Landesärzteblättern unterrichtet worden (Tz. 46/47 und Anhang 13). Ein Berufsverband weist dennoch darauf hin, daß viele Ärzte und Kliniken, darunter auch Universitätskliniken, keine Merkblätter erhalten hätten.

Von verschiedenen Seiten ist erwähnt worden, daß von den Ärzten Merkblätter kaum oder gar nicht nachgefordert worden seien. Daraus wird verschiedentlich der Schluß gezogen, daß die Ärzte Merkblätter an Behinderte oft nicht mehr ausgehändigt hätten, wenn die Erstausstattung des betreffenden Arztes an Merkblättern aufgebraucht gewesen sei. Kritisch wurde zu den Merkblättern angemerkt, daß die Aushändigung des Merkblattes die Beratung durch den Arzt nicht ersetzen könne. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die befragten Stellen die vorgeschriebene Aushändigung von Merkblättern an Behinderte grundsätzlich für richtig halten, jedoch noch erhebliche Mängel bei der Verteilung sehen.

55.

c) Zu der Pflicht des Arztes, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn ein Personensorgeberechtigter trotz wiederholter Aufforderung durch den Arzt die zur Eingliederung erforderlichen ärztlichen Maßnahmen nicht durchführen läßt oder sie vernachlässigt (§ 125 Abs. 3 erster Halbsatz BSHG), enthalten die Stellungnahmen verhältnismäßig wenig. Von einem Bundesverband ist diese Pflicht bei absichtlicher oder auf Gleichgültigkeit beruhender Unterlassung von tatsächlich gebotenen Rehabilitätsmaßnahmen für gerechtfertigt angesehen worden. Ein Land hat die Auffassung vertreten, das Recht des Arztes, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn „sonstige Maßnahmen" unterlassen oder vernachlässigt würden (§ 125 Abs. 3 zweiter Halbsatz BSHG), sei unbestritten und bedürfe keiner Regelung im BSHG. Ein Verband vertrat unter Hinweis auf den Entwurf des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuchs die Meinung, die besondere Benachrichtigungspflicht des Arztes könne als gegenstandslos wegfallen, da künftig Maßnahmen der Eingliederung der Zustimmung des Behinderten bedürften. Aufgrund der Stellungnahmen der Länder und Verbände muß angenommen werden, daß bisher Gesundheitsämter durch Ärzte nach § 125 Abs. 3 BSHG praktisch nicht benachrichtigt worden sind.

2. Maßnahmen von Eltern und Betreuungspersonen

56.

a) Auf die Frage, ob der in § 124 Abs. 1 bis 3 genannte Personenkreis hinreichend umschrieben sei, sind keine Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge eingegangen. Zum Teil ist ausdrücklich bestätigt worden, daß der Personenkreis zutreffend bestimmt sei.

57.

b) Die Frage, ob sich — besonders aus der Praxis der Gesundheitsämter — belegen lasse, daß die Pflichten der Eltern und Betreuungspersonen (§ 124 Abs. 1 bis 3) erfüllt würden und sie erkennbar dazu beitrügen, die Beratung Behinderter zu sichern, hat eine Reihe sehr differenzierter Antworten ergeben. Geringe Kenntnis oder sogar Unkenntnis des Gesetzes seien mit als Ursache für eine unzureichende Wahrnehmung der Aufgaben nach § 124 BSHG anzusehen. Ein Land erwähnt in diesem Zusammenhang eine zunehmende Bereitschaft der Behinderten sowie der Personensorgeberechtigten, die vorhandenen Möglichkeiten der Eingliederung auszunutzen. Ob allerdings Eltern oder Vormünder gerade aufgrund eines von einer Betreuungsperson gegebenen Hinweises von den Möglichkeiten, sich durch Ärzte oder das Gesundheitsamt beraten zu lassen, Gebrauch gemacht haben, sei meist nicht feststellbar.

Andererseits ist ausdrücklich erwähnt worden, daß besonders von Lehrern, Sozialarbeitern, Hebammen und Kindergärtnerinnen nützliche Hinweise gegeben würden. Hervorgehoben wird, daß die Qualität der Hinweise von Art und Umfang der Informationen über die bestehenden gesetzlichen Regelungen und Rehabilitationsmöglichkeiten abhänge, über welche die betreffende Betreuungsperson verfüge. So ist eine unterschiedliche Gesetzeskenntnis zwischen den Sozialarbeitern in Gesundheitsämtern und in Krankenhäusern bzw. zwischen Sozialarbeitern und Kindergärtnerinnen beobachtet worden. Lehrer gäben nicht nur behinderten Kindern oder deren Eltern Hinweise auf Beratungsmöglichkeiten, sondern zögen traditionsgemäß auch Schulärzte und psychologische Beratungsstellen bei Auffälligkeiten, die auf eine Behinderung hindeuteten, zu Rate. Ferner ist angeregt worden, amtliche Merkblätter, deren Verteilung nur durch Ärzte und die Gesundheitsämter vorgesehen ist, auch durch die in § 124 Abs. 2 BSHG genannten Betreuungspersonen verteilen zu lassen.

58.

c) Zu der Pflicht der Betreuungspersonen nach § 124 Abs. 3 BSHG, neben Kindern und Jugendlichen auch volljährigen Behinderten anzuraten, das Gesundheitsamt oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen aufzusuchen, sind keine Einzelheiten mitgeteilt worden.

3. Maßnahmen des Gesundheitsamtes

59.

a) Bei der Durchführung der dem Gesundheitsamt im Abschnitt 12 BSHG zugewiesenen Aufgaben hat sich die Beratung im weitesten Sinne als Schwerpunkt erwiesen. Von befragten Verbänden ist eine frühzeitige Beratung über die für Behinderte in Betracht kommenden Eingliede-

rungsmaßnahmen als besonders dringliche Aufgabe des Gesundheitsamtes bezeichnet worden.

Mehrere Länder weisen darauf hin, daß die Gesundheitsämter ihrer Beratungspflicht über den Rahmen der medizinischen Rehabilitation hinaus zur Einleitung schulischer, beruflicher und sonstiger Eingliederungsmaßnahmen besser als frei praktizierende Ärzte nachkommen können, da ihnen hierfür grundsätzlich Ärzte, Sozialarbeiter und andere speziell geschulte Mitarbeiter zur Verfügung stünden. Mit den zuständigen Sozialleistungsträgern und der Bundesanstalt für Arbeit sowie ihren jeweiligen auf die Belange dieser Behörden besonders ausgerichteten Beratungsstellen erfolge eine enge Zusammenarbeit. Es gebe keine Institution — so wird hervorgehoben —, die geeignet wäre, dem Gesundheitsamt diese Aufgabe als eine Art Schalt- und Koordinierungsstelle für alle Eingliederungsmaßnahmen abzunehmen.

Dies entspreche auch der Entschließung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder vom 28./29. Oktober 1971, in der es heiße, daß zur Sicherung der Eingliederung Behinderter die in Abschnitt 12 BSHG geregelte Hilfs- und Koordinierungsfunktion des Gesundheitsamtes unersetzbar sei und erhalten bleiben müsse (siehe Anhang 8 b). Voraussetzung hierfür sei jedoch, daß die Gesundheitsämter diese Funktion auch tatsächlich ausfüllen könnten.

60.

b) Demgegenüber wird von fast allen Ländern darauf hingewiesen, daß z. Z. die Aufgaben der Gesundheitsämter wegen personeller Engpässe — vor allem wegen finanzieller und organisatorischer Schwierigkeiten in der Besetzung von Stellen — noch nicht in vollem Umfang wahrgenommen werden könnten. Die vollständige Erfüllung aller den Gesundheitsämtern zugewiesenen Aufgaben würde einen erheblichen finanziellen und personellen Aufwand erfordern. Organisatorische Maßnahmen und Möglichkeiten der personellen Besetzung ergäben für die einzelnen Länder Unterschiede in der Art der Durchführung, die jedoch auch auf den vorgegebenen Verhältnissen der einzelnen Länder — z. B. den unterschiedlichen Verhältnissen in Stadt- und Flächenstaaten — beruhten.

61.

c) Aus der Praxis der Gesundheitsämter, wie sie sich in den eingegangenen Berichten spiegelt, läßt sich folgender Katalog der bei ihnen von Ärzten, teilweise auch von Sozialarbeitern eigenverantwortlich wahrgenommenen Aufgaben zusammenstellen:

- ärztliche Beratung;
- Feststellung einer noch nicht vorliegenden Diagnose durch Hinweise auf Fachärzte und Fachkliniken oder gezielte Beratung bei den Gesundheitsämtern;
- Koordinierung der Tätigkeit aller an der Behindertenhilfe Beteiligten;
- Herstellung von Kontakten mit Behinderten oder ihren Personensorgeberechtigten;
- Verweisung an spezielle Institutionen, z. B. Schul-, Jugend-, Arbeits-, Sozialämter, freie Verbände und Sozialhilfeträger;
- Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Verbänden zur Verbesserung der Behindertenhilfe im örtlichen Bereich;
- Hausbesuche;
- Durchführung der sonstigen Beratung und Betreuung von Behinderten mit Vorbereitung und Mitwirkung an den Sprechtagen, Schriftverkehr, Statistik, Auswertung der Unterlagen.

62.

d) Ein Land, in dem die Gesundheitsämter von den Städten und Kreisen getragen werden, hatte in den letzten Jahren Mittel bereitgestellt, um Personalkosten für Sozialarbeiter zu übernehmen, die sich speziell den Aufgaben der Beratung Behinderter widmen sollten. Nur wenige Städte und Kreise haben jedoch den Angaben nach von diesem Angebot Gebrauch gemacht. Vor allem habe es an geeigneten Bewerbern für eine solche Tätigkeit gefehlt. Neben dem allenthalben auftretenden Mangel an geeigneten und interessierten Ärzten für diesen Bereich bestünden offenbar personelle Engpässe auch für Sozialarbeiter. Es habe sich dabei bereits gezeigt, daß für die Beratung Behinderter eines Bereiches von etwa 80 000 Einwohnern ein Sozialarbeiter erforderlich sei.

Aus der Praxis eines Stadtstaates kommt der Hinweis, daß sich die Gesundheitsämter zunächst auf die in allen Ämtern vorhandenen Köperbehinderten-Beratungsstellen stützten, deren Funktionen erweitert würden. Die notwendige fachliche Fortbildung für den größeren Beratungsbereich sei angeregt worden, scheitere aber in der Praxis meist an den bestehenden Personalengpässen. Im Gesundheitswesen mangele es an interessierten Sozialarbeitern im Basisfeld und an geeigneten Ärzten für eine spezielle Weiterführung und Beratung.

63.

e) Die dem Gesundheitsamt nach § 126 BSHG zugewiesenen Aufgaben sind nach dem Ergebnis der Befragung ausreichend umschrieben. In allen Ländern bestünden bei den Gesundheitsämtern Beratungsstellen für Behinderte. Die Größe der zu betreuenden Bezirke und die personelle Besetzung seien von Land zu Land unterschiedlich. Für die Beratung der Behinderten seien besondere Sprechtage eingerichtet; dafür stünden praktische Ärzte und Fachärzte zur Verfügung, von denen einige hauptamtlich, andere nebenamtlich tätig seien. Einige Länder weisen darauf hin, daß Beratungsstellen für verschiedene Gruppen von

Behinderten eingerichtet worden seien, wobei der Einsatz von Fachärzten gezielt erfolgen könne. Auch außerhalb der Sprechtage würden Behinderte beraten, z. B. in Form von Einzelberatungen oder im Zusammenhang mit Mütterberatungen, Einschulungsuntersuchungen und Impfterminen. Angesichts der dem Gesundheitsamt zugewiesenen umfassenden Beratungsaufgaben seien in größerem Umfang auch Sozialarbeiter eingesetzt, die entweder als Mitarbeiter von Ärzten, gelegentlich aber auch als Leiter von Beratungsstellen tätig seien. Zum Teil seien auch Logopäden, Sprachheilfürsorger oder angelernte Kräfte aus der Verwaltung beratend tätig.

Im Zuge der Entwicklung seit Inkrafttreten des Zweiten Änderungsgesetzes zum BSHG zeichne sich eine Ausdehnung der Tätigkeit der Gesundheitsämter in der Beratung ab. Früher habe sich die Beratung Behinderter — abgesehen von einigen Ausnahmen vor allem in größeren Städten — fast ausschließlich auf körperliche Behinderungen beschränkt. Die Beratungsmöglichkeiten seien u. a. auf Hör- und Sprachbehinderte, Blinde und Sehbehinderte sowie geistig-seelisch Behinderte erweitert worden. Im übrigen ist darauf hingewiesen worden, daß den Gesundheitsämtern, die mit qualifizierten Fachkräften ausgestattet seien, von Ärzten aus der Praxis Behinderte wesentlich häufiger zugewiesen würden, als den personell weniger gut ausgestatteten Gesundheitsämtern.

64.

f) Von den verschiedenen Verbänden ist eine Intensivierung der Beratung aller mit Rehabilitation befaßten örtlichen Organisationen und die Koordinierung ihrer Arbeiten durch das Gesundheitsamt empfohlen worden. Ein besonderes Beispiel hierfür hat nach dem Bericht eines Landes ein großstädtisches Gesundheitsamt gegeben. Das vor 12 Jahren begonnene Modell einer Teamarbeit in Arbeitskreisen habe sich bewährt. Es handele sich um Arbeitskreise für körperlich Behinderte, geistig Behinderte sowie Sprach- und Hörbehinderte. Die jeweiligen Arbeitskreise träten mindestens einmal monatlich zusammen, um anhand der vorher verteilten Berichte und Untersuchungsergebnisse aus Klinik und Praxis jeden Fall einzeln zu besprechen und mit den Behinderten oder dem Personensorgeberechtigten gemeinsam die praktischen Konsequenzen zu ziehen. Nach dem Prinzip der interdisziplinären Zusammenarbeit besteht z. B. der Arbeitskreis für jugendliche Hör- und Sprachbehinderte aus verschiedenen Fachärzten, Psychologen, Pädagogen, Mitarbeitern des Sozial- und Landessozialamtes sowie des Jugendamtes und einem Landesarzt. Aufgabe eines derartigen Teams sei es vor allem, gemeinsam einen Behandlungsplan für den Behinderten aufzustellen.

Eine derartige Beratung im Team habe den großen Vorteil, daß für Behinderte und Personensorgeberechtigte das „Wandern" von einem Fachmann zum nächsten vermieden werde, da erfahrungsgemäß Eltern nach dem Besuch des dritten Fachmannes resignierten. Es wird aus einem großstädtischen Gesundheitsamt berichtet, daß die Bildung eines Arbeitskreises zur Beratung schwer verhaltensgestörter Kinder vorgesehen sei und ein weiterer Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit die Beratung behinderter Erwachsener — besonders im geistig-seelischen Bereich — sein müse.

65.

g) Hinweise auf etwaige Schwierigkeiten oder besondere Probleme bei der Aushändigung von Merkblättern in den Gesundheitsämtern sind nicht eingegangen.

IV. Erfassung Behinderter

66. Das System der Erfassung Behinderter im Abschnitt 12 BSHG, das durch ein Zusammenwirken von Ärzten und Gesundheitsämtern möglichst vollständige Unterlagen erbringen soll, ist in verschiedener Hinsicht auf grundsätzliche Kritik gestoßen. Einerseits wurde von ärztlicher Seite kritisiert, daß selbst über das Mitteilungsblatt ohne Angabe des Namens — vor allem in kleineren Gemeinden — eine Identifizierung der von den Ärzten gemeldeten Behinderten möglich sei und dadurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört werden könne. Andererseits wurde von mehreren Ländern und von seiten der Behindertenverbände darauf hingewiesen, daß die jetzt bestehende Mitteilungspflicht ohne Angabe des Namens des Behinderten — insbesondere bei Mehrfachbehinderungen — Doppelmeldungen nicht ausschließe und Fälle von vollständiger Eingliederung nicht bekannt werden lasse. Diese anonyme Mitteilungspflicht ist von einigen Ländern als unergiebig und nutzlos bezeichnet worden. Von ihnen wird vorgeschlagen, die jetzige Mitteilungspflicht der Ärzte abzuschaffen und durch eine Überweisung der Behinderten an den Amtsarzt im Gesundheitsamt zu ersetzen. Erst dort sollten dann die Behinderten zur Schaffung der erforderlichen Planungsunterlagen erfaßt werden.

1. Maßnahmen der Ärzte

67. Nach den weitgehend übereinstimmenden Stellungnahmen der Länder haben die Ärzte, wenn man von Kinder- und HNO-Fachärzten absieht, den Gesundheitsämtern die vorgesehenen Mitteilungsblätter nach § 125 Abs. 2 BSHG nur in wenigen Fällen übersandt. So gingen in einem großen Flächenstaat im zweiten Halbjahr 1971 insgesamt 285, im ersten Halbjahr 1972 insgesamt 271 Mitteilungsblätter ein. In einem anderen Land waren es vom November 1971 bis zum Juni 1972 insgesamt 338 Mitteilungen, während der Jahresgesundheitsbericht desselben Landes von 1970 14 929 Behinderte ausweist. In den Fällen, in denen die Mitteilungsblätter zugeleitet worden sind, sollen diese außerdem häufig unvollständig ausgefüllt gewesen sein.

68. Für die unterbliebene oder unvollständige Übersendung der Mitteilungsblätter sind nach den Stellungnahmen von Ländern und Verbänden im wesentlichen folgende Gründe maßgebend, wobei diesen unterschiedliche Berechtigung und Bedeutung beigemessen wurde:

— Die vollständige Ausfüllung der Mitteilungsblätter könne zur Identifizierung des Behinderten führen und verletze möglicherweise die Schweigepflicht. Dabei könne das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährdet werden.

— Das Mitteilungsblatt enthalte Fragen, die gesetzlich nicht vorgesehen seien und einer Spezialbegutachtung entsprächen. Diese hätten als ärztliche Bescheinigung nach der amtlichen Gebührenordnung einen Honoraranspruch des Arztes zur Folge.

— Unzureichende Kenntnisse in der Ärzteschaft über ärztliche, vor allem aber über sonstige Eingliederungsmaßnahmen und über den Abschnitt 12 BSHG.

— Der Zeitaufwand, der mit dem Ausfüllen der Mitteilungsblätter sowie einer näheren Information über Fragen des Abschnitts 12 BSHG und der Mitteilungspflicht verbunden sei.

— Eine gewisse persönliche Distanz gegenüber Behörden, wie z. B. dem Gesundheitsamt.

69. Um den Planungsaufgaben der Länder und den Beratungsaufgaben der Gesundheitsämter gerecht zu werden, ist als Ausweg aus den genannten Schwierigkeiten von mehreren Ländern und Verbänden die Einführung einer namentlichen Überweisung des Behinderten vom behandelnden Arzt an den Arzt des Gesundheitsamtes vorgeschlagen worden. Hierbei sollten die Behinderten selbst oder die Personensorgeberechtigten Überbringer der Information oder des Arztbriefes sein, damit das gegenseitige Vertrauensverhältnis gestärkt und verbessert werde. Dieses Verfahren werde teilweise bereits praktiziert und habe sich bewährt, da es

— dem Behinderten oder Personensorgeberechtigten gegenüber die Notwendigkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt bewußt mache,

— dem Gesundheitsamt Hinweise auf Diagnose, Behandlung und andere Ansätze für die Beratung gebe,

— den Arzt vor Regreßansprüchen bewahre.

Ein Land hat mitgeteilt, daß ein Formblatt für Überweisungen bereits vor der Erprobung stehe.

2. Maßnahmen des Gesundheitsamtes

70. Die den Gesundheitsämtern nach § 125 Nr. 3 BSHG obliegende Aufgabe einer Auswertung und Weiterleitung der Unterlagen über Behinderte hat nach den im großen ganzen übereinstimmenden Beiträgen der Länder bisher nicht erfüllt werden können. Der Hauptgrund liege darin, daß den Gesundheitsämtern von den Ärzten — von Ausnahmen, z. B. gewissen Fachärzten, abgesehen — praktisch kaum Mitteilungsblätter zugegangen seien. Zahlen aus zwei Ländern sind bereits oben (Tz. 67) mitgeteilt worden. Wie von einem Land berichtet wurde, sind z. B. in der neurologisch-psychiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes einer größeren Stadt in einem bestimmten Zeitraum 85 geistig und mehrfachbehinderte Kinder beraten und erfaßt worden, während von den Ärzten nur zwei Mitteilungsblätter eingegangen seien. Soweit Angehörige dieses Behindertenkreises unmittelbar bei den Gesundheitsämtern zur Beratung erschienen sind, wurden über diese Behinderten keine Unterlagen erstellt und an die obersten Landesgesundheitsbehörden weitergegeben.

71. Die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder haben einen Beschluß der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder gebilligt, wonach die gemäß § 126 Ziffer 3 BSHG zusammengetragenen Unterlagen dem Bundesgesundheitsamt, das sich dazu bereit erklärt hatte, zur bundeszentralen Auswertung übersandt werden sollten. Nur drei Bundesländer haben jedoch ihre gesammelten Mitteilungsblätter — bis zum 31. Januar 1973 nur 2 229 — an das Bundesgesundheitsamt weitergeleitet. Die meisten Länder hatten nur eine so geringe Anzahl von Mitteilungsblättern, daß sie von einer Übersendung abgesehen haben. Für diesen Entschluß war außerdem maßgebend, daß sich schon bei oberflächlicher Durchsicht der Mitteilungsblätter herausgestellt hatte, daß sie zum großen Teil unvollständig oder unrichtig ausgefüllt und deshalb nicht für eine wissenschaftliche Auswertung geeignet waren.

72. Von einem Land wurde mitgeteilt, die Gesundheitsämter empfänden das Fehlen einer namentlichen Mitteilungspflicht als Mangel. Ein anderes Land wies auf eine umfangreiche Behinderten-Kartei hin, die auf Grund des § 126 BSHG in der Fassung von 1961 aufgebaut worden sei. Nach der Zweiten Novelle zum BSHG von 1969, welche die Karteiführung nicht mehr ausdrücklich vorschreibt, habe man die Weiterarbeit an der Kartei eingestellt. Ein anderer Bericht wies darauf hin, die örtliche Planung von Einrichtungen beruhe auf eigenen Statistiken der Gesundheitsämter.

V. Sonstige Maßnahmen

1. Landesärzte für Behinderte

73.

a) Mit einer Ausnahme haben alle Länder die nach § 126 a BSHG vorgeschriebenen Landesärzte bestellt. Die meisten Länder sind jedoch noch mit dem Aufbau der Dienste beschäftigt. Als Grund für Verzögerungen werden finanzielle und personelle Schwierigkeiten genannt. Im einzelnen ist der Aufbau des landesärztlichen Dienstes jedoch recht unterschiedlich. In den meisten Ländern sind die Landesärzte für das gesamte Gebiet des Landes zuständig, wähend in einigen Ländern

Landesärzte für bestimmte Bezirke bestimmt wurden. Einige Länder besitzen bis jetzt lediglich nebenamtliche Landesärzte. Die hauptamtlichen Landesärzte — in den meisten Ländern einer oder zwei —, die größtenteils bisher Orthopäden sind, ziehen weitere Fachärzte als Mitarbeiter hinzu, die ihrerseits nebenamtlich oder ehrenamtlich tätig sind. Ein Land will bis zu 24 solcher nebenamtlicher Landesärzte bestellen. Wie die hauptamtlichen Landesärzte verfügen auch diese Ärzte über langjährige Erfahrung und ein umfangreiches Wissen auch über nichtärztliche Eingliederungsmaßnahmen. In allen Ländern sind die Landesärzte für einzelne Behinderungsformen bestellt. Die meisten Länder haben besondere Landesärzte für Körperbehinderte, für Blinde und Sehbehinderte, für Hör- und Sprachbehinderte sowie für geistig und seelisch Behinderte — in einigen Ländern auch noch für weitere Spezialgruppen — bestellt oder geplant. In einem Land ist vorgesehen, den Landesärzten wegen der Fülle der Aufgaben Assistenten beizugeben.

Die Bestellung der Landesärzte erfolgt nicht in allen Ländern durch die obersten Gesundheitsbehörden, in einigen Ländern vielmehr durch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Zu dieser Frage hat die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder am 18./19. April 1972 (siehe Anhang Nr. 7) eine Änderung des § 126 a BSHG angeregt, wonach die Landesärzte von den obersten Gesundheitsbehörden bestellt werden müssen. Ein Land weist ausdrücklich auf diesen Beschluß hin.

74.

b) Da der Aufbau der landesärztlichen Dienste in den meisten Ländern noch nicht abgeschlossen und die Tätigkeit der Landesärzte teilweise erst angelaufen ist, wird über die Aufgabendurchführung wenig berichtet. Zwei Länder teilen jedoch mit, daß die Landesärzte im Gegensatz zu der Konzeption des BSHG in § 126 a Abs. 2 Nr. 1 nur bei der Einrichtung, nicht aber auch bei der Abhaltung der Sprechstunden für Behinderte beteiligt seien. Über die Durchführung der in § 126 a Abs. 2 Nr. 2 und 3 genannten Aufgaben wird aus einem Land berichtet, daß Landesärzte etwa ein- bis zweimal jährlich Verbesserungsvorschläge den obersten Landesgesundheitsbehörden zuleiten.

Aus einem anderen Land werden Schwierigkeiten mitgeteilt, da hier Landesärzte Gutachten für Sozialleistungsträger erstatten, ohne daß die für das Gesundheitswesen zuständigen Behörden über die in diesen Gutachten zum Ausdruck kommenden gesundheitlichen Belange unterrichtet würden. Von einem Land ist schließlich angeregt worden, bereits bei der Einschulung hör- und sprachbehinderter Kinder in pädagogische Sondereinrichtungen ein Gutachten von Landesärzten erstatten zu lassen, um die Aufnahme von Kindern mit unzureichend diagnostizierten Behinderungen, z. B. Schall-Leitungs-Störungen, zu verhindern. Der oben (Tz. 73) genannte Beschluß der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder enthält im übrigen einen Vorschlag für eine Neufassung der Nummer 3, der einen jährlichen Erfahrungsbericht der Landesärzte vorsieht.

2. Unterrichtung der Bevölkerung

75.

a) Auf die große sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung einer breiten Aufklärung der Öffentlichkeit über Möglichkeiten der Eingliederung von Behinderten ist in vielen Stellungnahmen der Länder und Verbände hingewiesen worden. Informationslücken bestünden vor allem noch in ländlichen Gebieten. Die Unterrichtung der Öffentlichkeit könne zu einem Abbau noch vorhandener psychologischer Barrieren führen. Von einem Land wird als eine Auswirkung der intensiveren Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Gebiet die zunehmende Bereitschaft der Behinderten sowie der Personensorgeberechtigten gewertet, die vorhandenen Möglichkeiten der Eingliederung auszunutzen. Es wird auch auf die sich positiv verändernde Einstellung der Gesellschaft gegenüber den Behinderten hingewiesen.

Zu der Fassung des § 126 b, wonach die Bevölkerung über Eingliederungsmöglichkeiten und bestehende Verpflichtungen zu unterrichten ist, wurde kritisch bemerkt, daß diese Bestimmung zu allgemein gehalten sei. Es werde auch nicht deutlich, wer diese Unterrichtung vorzunehmen habe; diese Bestimmung sei lediglich eine pauschale Absichtserklärung des Gesetzgebers. Von einigen Verbänden ist empfohlen worden, klar zum Ausdruck zu bringen, daß gesetzliche Krankenversicherungen, Sozialhilfeträger und Ärzte verpflichtet seien, Eltern und Personensorgeberechtigte durch entsprechende Information anzuhalten, ihrer Verantwortung für behinderte Kinder nachzukommen.

76.

b) Über bestehende oder geplante Informationsmöglichkeiten haben einige Länder ausführlich berichtet, während andere kaum Einzelheiten mitgeteilt haben. Danach ist in einigen Ländern von den zuständigen Ministerien, von Sozialhilfe- und sonstigen Trägern sowie von kommunalen Behörden besonderes Aufklärungsmaterial erarbeitet worden. In diesen zum Teil illustrierten Broschüren oder Fibeln ist auch auf bestehende Einrichtungen und Organisationen sowie auf finanzielle Hilfen und steuerliche Erleichterungen hingewiesen. Die Öffentlichkeitsarbeit privater Wohlfahrts- und Behindertenverbände wird besonders herausgestellt. Außer von schriftlichem Aufklärungsmaterial wird von Ausstellungen berichtet, die teils von öffentlichen, teils von privaten Stellen organisiert wurden. Aus der Vielzahl sonstiger Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wird auf Plakate, Telefonansagedienste sowie Vortragsveranstaltungen, z. B. von Volkshochschulen und Frauenverbänden, hingewiesen.

Um Personensorgeberechtigte auf ihre Verpflichtungen hinzuweisen, kämen in Frage: gezielte Schreiben an Eltern von Risikokindern, individuelle Kontaktaufnahme oder die Vorlage des Untersuchungsheftes zur Früherkennung von Krankheiten nach § 181 RVO bei Pockenschutzimpfterminen. Es empfehle sich auch eine intensivere Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch allgemeinbildende und Berufsschulen sowie durch Erwachsenenbildungseinrichtungen. Hervorgehoben wird ferner die Rolle der örtlichen und überörtlichen Massenmedien Zeitung, Rundfunk und Fernsehen, wo gelegentlich in gesundheitlichen Aufklärungsreihen Spots über Behinderte eingeschaltet würden.

77.

Von einigen Ländern wird es für erforderlich gehalten, die Aufklärungsarbeit gegenüber der Bevölkerung möglichst überregional, etwa über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zu gestalten. Dabei müßten sachliche Schwerpunkte gebildet werden, damit die Information nicht im allgemeinen Informationsfluß untergehe. In einem Länderbeitrag heißt es, das vom Bund entwickelte und von den Ländern regional und örtlich ergänzte amtliche Merkblatt für Behinderte spreche in seiner sachlichen Nüchternheit nicht jeden an. Mehr sei von illustrierten, aufgelockerten Broschüren oder Artikeln zu erwarten. Gelegentlich wird bemängelt, daß wegen der Fülle des vorhandenen Materials wirklich wichtige Veröffentlichungen nur wenig oder gar nicht beachtet würden. Von dem Informationsmaterial wird inhaltlich verlangt, es müsse so gestaltet sein, daß es auf Sensationsdarstellungen verzichte und vermeide, bei Behinderten unerfüllbare Hoffnungen zu erwecken. Es müsse die physische und psychische Eigenbeteiligung der Behinderten fördern und zu der notwendigen Beständigkeit der Bemühungen anhalten. Von der Bundesregierung wird — teilweise in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung — seit Jahren eigenes Aufklärungsmaterial für Behinderte entwickelt oder die Herstellung von Material durch Verbände gefördert.

78.

c) Verschiedentlich ist auf die Notwendigkeit hingewiesen worden, nicht nur die Behinderten und ihre Sorgeberechtigten, sondern auch die Ärzte selbst umfassend über die Möglichkeiten der Eingliederung Behinderter zu unterrichten. Die in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift vorgesehene Unterrichtung der Ärzte über die Aufgaben und Möglichkeiten der Eingliederungshilfen ist unterschiedlich erfolgt. Während die Stadtstaaten die Ärzte zum Teil direkt informierten und ihnen Mitteilungs- und Merkblätter übersandten, haben die Flächenstaaten zur Information der Ärzte vor allem den Weg über die regionalen offiziellen Ärzteblätter gewählt. Die Verteilung der Mitteilungs- und Merkblätter erfolgte dann vorwiegend über die Gesundheitsämter (Tz. 45).

Von einigen Ländern ist die Notwendigkeit hervorgehoben worden, die neu niedergelassenen Ärzte gezielt zu informieren. Von einem Land wird die kritische Frage aufgeworfen, ob die Übersendung des Textes des Abschnitts 12 BSHG eine nicht zu vertretende Betonung des BSHG gegenüber anderen Gesetzen des Gesundheitswesens sei. In diesem Zusammenhang mag der Vorschlag erwähnt werden, zur breiteren Unterrichtung der Bevölkerung die amtlichen Merkblätter nicht nur durch Ärzte und Gesundheitsämter, sondern auch durch Hebammen, in Kindergärten und Sonderschulen sowie in ähnlichen Einrichtungen verteilen zu lassen.

D. Erfolg der Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG

I. Allgemeines

79. Die Neufassung des Abschnitts 12 BSHG sollte die Voraussetzung für die Sicherung gebotener Rehabilitationsmaßnahmen wesentlich verbessern. Ob und in welchem Umfang dieses Ziel erreicht werden konnte, bedarf der nachfolgenden Würdigung. Dabei ist auf Grund der Stellungnahmen der Länder von drei vorgegebenen Tatsachen auszugehen:

1. Die für das Anlaufen der Beratungs- und Erfassungsmaßnahmen nach dem neugefaßten Abschnitt 12 BSHG erforderlichen Durchführungsvorschriften sind in einigen Ländern erst gegen Ende des Jahres 1971 erlassen worden. Erst zu diesem Zeitpunkt waren dort auch die Mitteilungen an die Ärzte ergangen und diesen die amtlichen Merkblätter und Mitteilungsblätter zur Verfügung gestellt worden. Ein Land hatte die zur Durchführung des Gesetzes erforderlichen Maßnahmen sogar im Zeitpunkt seiner Stellungnahme noch nicht erlassen. Die Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG werden in den Ländern daher erst seit kurzer Zeit praktiziert.
2. Die von den Ländern erbetenen und für diesen Bericht maßgeblichen Beiträge sind zwischen Juli und September 1972 eingegangen — mit Ausnahme von zwei Länderbeiträgen, die im Februar 1973 übersandt wurden. Im Durchschnitt beschränkt sich daher der Berichtszeitraum dieser Beiträge auf ungefähr ein Jahr.
3. Während des knappen Berichtszeitraums konnten die Länder nur unzureichende Unterlagen über die Beratungstätigkeit der Ärzte und Gesundheitsämter sammeln. Sie erhielten außerdem von

den Ärzten über die Gesundheitsämter nur sehr wenige Mitteilungsblätter, so daß sie — mit Ausnahme von drei Ländern — auf die Zuleitung an das Bundesgesundheitsamt verzichteten.

80. Die Bundesregierung hält daher den für die Maßnahmen auf Grund des Abschnitts 12 BSHG tatsächlich zur Verfügung stehenden Berichtszeitraum für zu kurz, um deren Durchführung und Erfolg sicherer und abschließend beurteilen zu können. Dieser erste Bericht nach § 126 c BSHG erhält dadurch notwendig einen vorläufigen Charakter. Er muß sich daher in seiner Aussage darauf beschränken, einerseits die positiven Gesichtspunkte der bisherigen Durchführung darzustellen, andererseits die aufgetretenen Schwierigkeiten, ihre Ursachen und die Möglichkeit ihrer Beseitigung aufzuzeigen. Die Bundesregierung geht hierbei davon aus, daß die vielfach erst im Anlaufen begriffenen Maßnahmen eine Entwicklung einleiten, die günstigere Feststellungen in dem zweiten Bericht nach § 126 c BSHG erwarten lassen. Diese Annahme beruht vor allem auf der Erkenntnis, daß die Situation der Behinderten in letzter Zeit immer mehr in den Blickpunkt der breiten Öffentlichkeit gerückt und daß dadurch auch eine bessere Plattform für die Durchführung des Abschnitts 12 BSHG geschaffen worden ist. Der vorliegende Bericht wird mit seinen Feststellungen und Aussagen hierzu beitragen. Die Bundesregierung wird ihren zweiten Bericht nach § 126 c BSHG dem Deutschen Bundestag erstatten, sobald die Durchführung der betreffenden Vorschriften in den Ländern ein Stadium erreicht hat, das eine endgültige Stellungnahme ermöglicht.

II. Behindertenbegriff des Abschnitts 12 BSHG

81. Während der Behindertenbegriff des Abschnitts 12 BSHG allgemein von den Ländern nicht aufgegriffen wurde, ist der besondere Begriff des § 124 Abs. 4 von ihnen zum Gegenstand der Erörterungen gemacht worden. In dieser Vorschrift, die durch die Bezugnahme des § 125 auch für diese Bestimmung gilt, wollte man — insbesondere im Hinblick auf die Eltern behinderter Kinder und die verschiedenen Betreuungspersonen — verhältnismäßig leicht erkennbare Behinderungen umschreiben (vgl. die amtliche Begründung der zweiten Novelle zum BSHG, Drucksache V/3495 zu § 124 Ziffer 2). Die meisten Bundesländer haben berichtet, daß diese Vorschrift sich bewährt oder doch kaum Schwierigkeiten bereitet habe. Gleichwohl ist von ihnen vorgeschlagen worden, den Behindertenbegriff des Abschnitts 12 BSHG an den Begriff des § 39 anzugleichen. Die dritte Novelle zum BSHG sieht eine allgemeine Umschreibung der körperlich, geistig oder seelisch Behinderten in § 39 vor. Sobald mit dieser neu einzuführenden Generalklausel Erfahrungen gesammelt und ihre Praktikabilität erwiesen ist, wird die Anregung der Länder zur Vereinheitlichung des Behindertenbegriffs weiterverfolgt werden. Dabei wird zu prüfen sein, ob die unterschiedliche Zweckrichtung der beiden Vorschriften — sozialhilferechtliche Leistungen in § 39, allgemeine, gesundheitsrechtlich orientierte Sicherung der Eingliederung Behinderter in § 124 — einer Vereinheitlichung des Behindertenbegriffs im Bundessozialhilfegesetz entgegensteht.

III. Beratung Behinderter

82. Es muß auf Grund der Stellungnahmen der Länder und Organisationen davon ausgegangen werden, daß viele Behinderte von den ihnen gesetzlich zustehenden Rechten auf Rehabilitationsleistungen nur unzureichend oder gar nicht Gebrauch machen. Dies dürfte insbesondere auf eine mangelnde Informiertheit der betroffenen Personen über die bestehenden Möglichkeiten zurückzuführen sein. Eine verstärkte Unterrichtung der Bevölkerung gemäß § 126 b BSHG über ihre Rechte erscheint daher angezeigt (Tz. 113). Neben dieser allgemeinen Aufklärung kommt der Auskunft und Beratung im konkreten Fall durch Ärzte, Gesundheitsämter und Leistungsträger große Bedeutung für die Einleitung von Hilfen zu. Die Bundesregierung sieht daher in der Beratung Behinderter eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Integration der Behinderten in unserer Gesellschaft.

Die Vorschriften des Abschnitts 12 BSHG über die Beratung Behinderter bilden ein gestuftes System. Innerhalb desselben haben Ärzte und Gesundheitsämter sowie Eltern, Vormünder und Betreuungspersonen abgestufte, ineinandergreifende Verpflichtungen mit dem Ziel einer rechtzeitigen Beratung und Einleitung von Maßnahmen.

1 Maßnahmen der Ärzte

83. Nach der Systematik des Abschnitts 12 BSHG steht die Beratungstätigkeit der Ärzte neben der durch die Gesundheitsämter; so sollen vor allem Eltern ihre behinderten Kinder dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung vorstellen (§ 124 Abs. 1). Trotzdem folgt sowohl aus dem Gesetz wie auch aus der tatsächlichen Gestaltung des Verhältnisses zwischen Arzt und Gesundheitsamt, daß der Schwerpunkt der Beratungstätigkeit nicht beim Arzt liegt. Das Gesetz normiert nämlich keine Beratungspflicht des Arztes. Deshalb ist ein Teil der gegen § 125 Abs. 1 BSHG geäußerten Kritik gegenstandslos. Der Arzt hat lediglich die (alternative) Pflicht, entweder selbst zu beraten oder auf die Beratung durch Gesundheits- oder Arbeitsamt zu verweisen. Auch tatsächlich besitzt das Gesundheitsamt als eine vielgliedrige Behörde bei der Beratung Behinderter in fast jeder Hinsicht größere Möglichkeiten als der behandelnde Arzt. Dies zeigen die vielfältigen Aufgaben, die in diesem Bereich heute von den Gesundheitsämtern wahrgenommen werden (Tz. 61).

Es begegnet besonderen Schwierigkeiten, Durchführung und Erfolg der ärztlichen Beratungsmaßnahmen zu beurteilen, da hierüber keine Aufzeichnungen vorliegen und die Länder daher weder im Positiven noch im Negativen genaue Aussagen machen können. Dennoch bleibt die Vermutung, daß viele Ärzte

ihrer gesetzlichen Beratungspflicht nicht oder nur unvollkommen nachkommen. Hierfür sprechen u. a. folgende Gründe:

84.

a) Viele Ärzte scheinen die Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG und die sich für sie daraus ergebenden Pflichten nicht zu kennen. Obwohl die zuständigen Landesministerien die Ärzte auf ihre Pflichten nach dem Abschnitt 12 BSHG durch Mitteilungen in den Ärzteblättern und durch besondere Ärztemerkblätter hingewiesen haben, dürfte mancher Arzt bei der großen Zahl der ihn täglich erreichenden Druckschriften diese Informationen nicht beachtet haben. Ein Teil der Ärzteschaft hat sich jedoch offenbar über die gesetzlichen Vorschriften bewußt hinweggesetzt. Hierzu hat sicherlich die ablehnende Haltung eines bedeutenden ärztlichen Verbandes gegen die Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG beigetragen. Die Länder sollten daher Mittel und Wege finden, die Ärzte über die Notwendigkeit der Beratung Behinderter und ihre diesbezüglichen Pflichten in geeigneter Weise — insbesondere durch Schriften oder durch Vorträge — regelmäßig zu unterrichten. Gerade den ärztlichen Standesorganisationen fällt hierbei eine besonders wichtige Aufgabe zu.

85.

b) Es ist von einigen Ländern sowie von seiten ärztlicher Verbände darauf hingewiesen worden, daß die niedergelassenen Ärzte schon bezüglich der zu treffenden ärztlichen Eingliederungsmaßnahmen nicht selten überfordert seien. Für Fachärzte, zu deren Fachgebiet auch Fragen der medizinischen Rehabilitation gehören, dürfte dies weniger zutreffen. Wesentlich schwieriger als die Beratung über medizinische Maßnahmen der Rehabilitation ist indessen für den Arzt, über mögliche Hilfen verschiedener Sozialleistungsträger zu beraten. Auch hierüber sollten die Länder ihre Informationstätigkeit gegenüber den Ärzten verstärken. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, daß im Jahre 1970 durch die Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte das Medizinstudium mehr als bisher die Rehabilitation in den Ausbildungsstoff einbezogen hat. Die Aufklärungsbemühungen sollten wenigstens den Erfolg haben, daß jeder Arzt über die wichtigsten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und hierfür in Betracht kommenden sozialen Hilfen wenigstens eine erste Auskunft geben kann.

86.

c) Als nicht unproblematisch hat sich die Bestimmung des § 125 Abs. 1 BSHG erwiesen. Danach erstreckt sich die Beratung des Arztes auch auf die sonstigen, also nichtärztlichen Eingliederungsmaßnahmen. Wie die bisher gewonnenen Erfahrungen zeigen, dürfen in dieser Richtung keine allzu große Erwartungen gehegt werden. Viele Ärzte verfügen gegenwärtig über keine besonderen Kenntnisse auf dem Gebiet der vorschulisch-schulischen, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation. Sie dürften in aller Regel überfordert sein, den Behinderten insoweit umfassend zu beraten. Es mag sein, daß die Ärzte bei der allgemein wachsenden Bedeutung der Rehabilitation künftig mehr Kenntnisse über diesen Gesamtbereich gewinnen. Die Voraussetzungen und Erfahrungen für eine ausreichende Beratung werden jedoch auch dann nicht sehr oft gegeben sein. Dafür spricht auch, daß das Gesetz keine Pflicht des Arztes zur Beratung statuiert. Er muß allerdings den Behinderten auf die Möglichkeit der Beratung durch Gesundheits- oder Arbeitsamt verweisen, wenn er nicht selbst berät. Hierbei ist zu erwägen, ob dies — wie von einigen Ländern vorgeschlagen — durch eine formelle Überweisung des Behinderten vom behandelnden Arzt zum Arzt des Gesundheitsamtes geschehen kann.

87.

d) In engem Zusammenhang mit der eigentlichen Beratung steht die Aushändigung des amtlichen Merkblatts an den Behinderten durch den Arzt, zu der dieser gesetzlich verpflichtet ist. Indem es die Möglichkeiten gesetzlicher Hilfe im allgemeinen aufführt, ergänzt es die Beratung durch den Arzt insbesondere für die Fälle, in denen der Arzt keine näheren Kenntnisse über die in Betracht kommenden Hilfen besitzt. Die Verwendung der Merkblätter hat sich im Prinzip bewährt. Allerdings darf die Aushändigung des Merkblatts die Beratung durch den Arzt nicht ersetzen. Die Länder sollten ihre Bemühungen um eine möglichst lückenlose Verteilung der Merkblätter an die Behinderten verstärken. Es sollte hierbei erwogen werden, ob die Abgabe der Merkblätter außer den Ärzten und Gesundheitsämtern auch anderen Stellen und Personen übertragen werden kann.

Seitens der Ärzte konnte bislang kein besonderes Interesse an den Merkblättern festgestellt werden. Nur selten werden Merkblätter bei den Gesundheitsämtern angefordert. Die Gründe hierfür könnten entweder darin liegen, daß nur wenige Behinderte in die Sprechstunden der Ärzte kommen oder darin, daß die Ärzte die Merkblätter an die Behinderten selten aushändigen. Auch deshalb sind verstärkte Anstrengungen geboten, die Ärzte an ihre Pflicht zu erinnern. Nach einer gewissen Anlaufzeit der gesetzlichen Bestimmungen wird auch zu prüfen sein, ob der Text des amtlichen Merkblatts sich bewährt hat oder ob Änderungen und Ergänzungen des bundeseinheitlichen Stammtextes oder der in den Ländern gemachten Zusätze angebracht sind.

88.

e) Nach den Mitteilungen der Länder sind bei den Gesundheitsämtern offenbar keine Benachrichtigungen nach § 125 Abs. 3 BSHG eingegangen. Das mag darauf zurückzuführen sein, daß die von den Ärzten beratenen Behinderten sich einsichtig zeigten und die erforderlichen Rehabili-

tationsmaßnahmen durchführen ließen. Es läßt sich indessen auch nicht ausschließen, daß verschiedentlich Ärzte von einer Benachrichtigung Abstand nehmen, weil sie diese für unvereinbar mit ihrer Stellung gegenüber dem Patienten hielten. Hier müßte durch geeignete Aufklärung noch deutlicher gemacht werden, daß die wohlverstandenen Interessen des Behinderten insbesondere hinsichtlich seiner künftigen Unterrichtung und Stellung in der Gemeinschaft eine intensivere Beratung durch das Gesundheitsamt rechtfertigt. Uneinsichtigkeit des Behinderten oder seines Sorgeberechtigten kann nicht zum Maßstab bei der Ausübung vermeintlichen Persönlichkeitsrechtes und standesrechtlicher Pflichten gemacht werden.

2. Maßnahmen von Eltern und Betreuungspersonen

89. Inwieweit die in § 125 Abs. 1 BSHG genannten Eltern und Vormünder von Behinderten ihrer Pflicht zur Vorstellung beim Gesundheitsamt oder Arzt Genüge getan haben, kann bislang nicht zuverlässig beurteilt werden. Hierüber fehlen entsprechende Angaben der Länder. Dasselbe gilt für die Hinweis- und Benachrichtigungspflichten der in § 125 Abs. 2 und 3 BSHG genannten Betreuungspersonen. Es kann jedoch auf Grund allgemeiner Beobachtungen in der Praxis kaum ein Zweifel daran bestehen, daß es immer noch Fälle gibt, in denen Eltern behinderter Kinder den Arzt zu spät, zu selten oder auch gar nicht aufsuchen.

Die Hauptproblematik der Bestimmungen des § 125 BSHG liegt einmal darin, den verpflichteten Personen stärker als bisher ihre Aufgaben nach dem Gesetz nahezubringen. Zum anderen kommt es darauf an, daß die Gesundheitsämter sich ein Bild über die Erfüllung dieser Aufgaben machen und ggf. bei ihrer Nichterfüllung durch geeignete Maßnahmen abhelfen. Auch hier eröffnet sich für die Länder ein weites Feld der Aufklärungsarbeit gegenüber den betroffenen Personenkreisen. Darauf wird unten (Tz. 113) näher eingegangen. Den Gesundheitsämtern und den Fachorganisationen der Ärzte, Hebammen, Sozialarbeiter, Lehrer usw. dürfte hier eine besondere Rolle zukommen; dabei wird die Initiative zu den erforderlichen Maßnahmen sowie deren Koordinierung und anschließende Registrierung den Gesundheitsämtern zufallen. Es dürfte sich empfehlen, in die Verteilung der amtlichen Merkblätter auch die in § 124 BSHG genannten Betreuungspersonen einzubeziehen (Tz. 87).

3. Maßnahmen des Gesundheitsamtes

90. Die Erörterung der Beratung Behinderter durch Ärzte hat deutlich werden lassen, daß die Ärzte — von rehabilitationserfahrenen Fachärzten abgesehen — auch nach verstärkter Aufklärung über ihre diesbezüglichen Aufgaben die vom Gesetz angestrebte umfassende Beratung vorerst nur begrenzt erteilen können. Um so mehr fällt daher die Aufgabe der Beratung den Gesundheitsämtern zu. Dies entspricht auch der erklärten Absicht des Gesetzgebers. Anders als bei den Ärzten ist den Gesundheitsämtern nach § 126 Abs. 1 BSHG die Beratung Behinderter zwingend vorgeschrieben. Erst dadurch kommt die Ausdehnung der Beratung über die ärztlichen Maßnahmen hinaus auch auf die sonstigen Eingliederungsmaßnahmen voll zur Auswirkung. Teil der Beratung ist hierbei selbstverständlich auch die Aufklärung über die in Frage kommenden gesetzlichen und anderen Hilfen. Durch Sprechtage ist die Beratung auch erkennbar institutionalisiert. Die Aushändigung der amtlichen Merkblätter und sonstigen Informationsmaterials ergänzt diese mündliche Beratung.

91. Besonders deutlich wird die wichtige Rolle, die das Gesetz dem Gesundheitsamt zugewiesen hat, durch eine Reihe von koordinierenden Tätigkeiten, die die Beratung des Amtes ergänzen. So hat das Gesundheitsamt zum einen sich zum Zweck einer wirklich umfassenden und gründlichen Beratung mit dem behandelnden Arzt sowie anderen beteiligten Stellen und Personen ins Benehmen zu setzen. Zum anderen darf sich das Gesundheitsamt nicht mit der bloßen Auskunftserteilung begnügen, sondern hat den zuständigen Rehabilitationsträger zu verständigen. Dem Behinderten wird dadurch die schwierige Suche nach dem zuständigen Träger innerhalb des für ihn oft nicht überschaubaren gegliederten Systems der Rehabilitation abgenommen. Die amtliche Begründung der Zweiten Novelle zum BSHG spricht daher von der Funktion einer Schaltstelle, die das Gesundheitsamt zwischen den von ihm beratenen Behinderten und den zuständigen Trägern wahrzunehmen hat (Drucksache V/3495 zu §§ 126, 126 a BSHG). In diesem Sinne hat die Gesundheitsministerkonferenz auf ihrer Sitzung im Oktober 1971 unter Punkt 1 ihrer Entschließung hervorgehoben, daß die in Abschnitt 12 BSHG geregelte Hilfs- und Koordinierungsfunktion des Gesundheitsamtes unersetzbar sei und erhalten bleiben müsse (Anhang Nr. 8 b). Auf diese Entschließung wurde von mehreren Ländern in ihren Beiträgen ausdrücklich Bezug genommen.

Inwieweit hat nun das Gesundheitsamt die hier umschriebene Aufgabe bereits erfüllt, und wie können verschiedentlich aufgetretene Schwierigkeiten in Zukunft beseitigt werden?

92.

a) In den Beiträgen der Länder fällt auf, daß fast durchweg Personalengpässe, vor allem bei den kleinen Gesundheitsämtern, beklagt werden; dies treffe sowohl für die Amtsärzte wie für die Sozialarbeiter zu. Die Sorge um die genügende Zahl und Qualität der Nachwuchskräfte für den öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigt die zuständigen Landesbehörden seit Jahren. Zuletzt hat sich die Gesundheitsministerkonferenz auf ihrer Sitzung im Dezember 1972 mit dieser Frage befaßt und die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder beauftragt, zu dem vom Land Nordrhein-Westfalen entwickelten Modell der Nachwuchsförderung für den öffentlichen

Gesundheitsdienst nähere Vorschläge zu unterbreiten. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß den Ländern mit dem für die Durchführung des Abschnitts 12 BSHG erforderlichen Ausbau der Gesundheitsämter eine besonders dringliche Aufgabe obliegt.

93.

b) Selbst bei optimaler personeller und sachlicher Ausstattung dürften indessen die Gesundheitsämter — vor allem die kleineren und mittelgroßen — kaum in der Lage sein, in jedem Fall die umfassende Beratung über alle ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen zu erteilen. Die Spezialisierung ist auch auf dem weiten Gebiet der medizinischen, vorschulisch-schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation längst zu groß geworden, um noch eine ausreichende Beratung durch eine einzige Stelle zuzulassen. Die Gesundheitsämter sollten daher — wie dies teilweise bereits geschehen ist — ein örtliches Netz zur Beratung und Betreuung Behinderter aufbauen, das alle wichtigen mit Rehabilitation befaßten Stellen und Personen im öffentlichen und privaten Bereich einbezieht. Dieses Netz müßte erstens Behörden umfassen, wie vor allem Sozial-, Jugend-, Schul- und Arbeitsamt, zweitens Organisationen wie vor allem örtliche Stellen der freien Wohlfahrtspflege und Behindertenverbände, drittens Einrichtungen wie z. B. Spezialkliniken, Sonderschulen und Werkstätten für Behinderte sowie viertens Einzelpersonen wie z. B. Fachärzte, Psychologen und Sozialarbeiter. Innerhalb dieses Beratungsnetzes fiele dem Gesundheitsamt für die von ihm erfaßten Fälle eine Steuerungsaufgabe mit der Zielsetzung zu, den Behinderten optimal in unsere Gesellschaft zu integrieren (vgl. auch Votum des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge sowie Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der Freien Wohlfahrtspflege — siehe Anhang Nr. 10). Beispielgebend hierfür ist das oben geschilderte Modell eines großstädtischen Gesundheitsamtes (Tz. 64).

94.

Zur Durchführung der Koordinierungsaufgaben des Gesundheitsamtes sollten die Länder entsprechende Richtlinien oder Grundsätze über den Aufbau und die Arbeit der örtlichen Beratungsnetze aufstellen. Nach Verabschiedung der Gesetzentwürfe über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation und des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuchs werden die Gesundheitsämter ohnehin an der danach vorgesehenen Vereinheitlichung der Auskunfts- und Beratungsstellen anderer Sozialleistungsträger zu beteiligen sein. Es dürfte sich auch empfehlen, die amtlichen Merkblätter zur Beratung Behinderter jeweils örtlich durch den Aufdruck der wichtigsten Stellen dieser Beratungsnetze zu ergänzen, soweit dies noch nicht geschehen ist.

95.

c) Im Zuge einer besseren personellen Ausstattung der Gesundheitsämter sollte auch mehr als bisher Bedacht darauf genommen werden, daß die Beratung für jeden Behinderten und Personensorgeberechtigten leichter erreichbar ist. Dazu könnte eine Vermehrung der Zahl der Sprechtage an verschiedenen Orten innerhalb des Bezirks eines Gesundheitsamtes dienen. Die allgemeinen Sprechtage müßten außerdem — wie dies teilweise bereits geschieht — durch Hausbesuche von Ärzten oder Sozialarbeitern des Gesundheitsamtes ergänzt werden. Dies wird vor allem bei stark bewegungsbehinderten Personen wie auch bei geistig Behinderten erforderlich sein, wenn die Angehörigen sich scheuen, mit ihnen zur Sprechstunde zu erscheinen. Unabhängig hiervon sollte im übrigen jede andere Gelegenheit — z. B. bei Mütterberatungen, Einschulungsuntersuchungen oder Impfterminen — zur Beratung auch über Fragen der Rehabilitation genutzt werden.

96.

d) Die Aufgabe des Gesundheitsamtes als örtliche Anlauf- und Auskunftsstelle bei der Beratung und Betreuung Behinderter soll sich nicht nur auf ärztliche, sondern in erheblichem Umfang zugleich auch auf sonstige rehabilitative, insbesondere auf sozialfürsorgerische und sozialrechtliche Fragen erstrecken. Daher muß gewährleistet sein, daß das Beratungspersonal umfassende Kenntnisse über die vorhandenen Sozialleistungssysteme und ihren organisatorischen Aufbau besitzt. Deshalb sollte geprüft werden, ob die Leitung der Beratungsstelle im Gesundheitsamt einem erfahrenen Sozialarbeiter zu übertragen ist. Dieser hat bei medizinischen Fragen die fachärztlichen Dienste des Gesundheitsamtes einzuschalten.

97.

e) Die im Abschnitt 12 BSHG dem Gesundheitsamt zugewiesenen Aufgaben einer Schalt- und Koordinierungstelle für Behinderte finden in dem Modellgesundheitsamt, das z. Z. in Marburg aufgebaut wird, günstige Voraussetzungen für eine Realisierung. Bei der Planung und dem Aufbau dieses Modells wird vor allem an die Bewältigung der Aufgaben gedacht, die in Zukunft Schwerpunkte darstellen. Einer dieser Schwerpunkte ist die Entwicklung geeigneter Arbeitsformen und -strukturen für das Gebiet der Sozialhygiene. Diesbezüglich weist der Organisationsplan des künftigen Modellgesundheitsamtes einen Fachbereich „Gesundheitsvor- und -fürsorge" (Gesundheitshilfe) auf, der sich in folgende Beratungs- und Betreuungsgebiete gliedert:

— Altenfürsorge,

— Schwangeren- und Mütterberatung,

— Jugendärztlicher Dienst (einschließlich Säuglingsberatung, Kleinkinderfürsorge, schulärzt-

licher, zahnärztlicher und psychologischer Dienst sowie sportärztlicher Dienst),

— Behindertenfürsorge für folgende Behinderte und von einer Behinderung Bedrohte: Körperbehinderte, Seh-, Sprach- und Hörbehinderte, geistig und seelisch Behinderte sowie Mehrfachbehinderte, schließlich auch chronisch Kranke,

— Süchtige und Suchtgefährdete: Beratungsstelle für Drogenabhängige.

Der Ausbau des Stadt- und Kreisgesundheitsamtes Marburg zu einem Modellgesundheitsamt wird gegenwärtig zügig vorangetrieben. Es ist vorgesehen, nach einer dreijährigen Aufbaustufe eine Erprobungsstufe anzuschließen, in der auch die im Abschnitt 12 BSHG vorgesehenen Maßnahmen des Gesundheitsamtes (Beratungs- und Beteiligungsaufgaben, Erfassungs- und Auswertungsaufgaben) nach modernen Gesichtspunkten realisiert werden sollen.

IV. Erfassung Behinderter

98. Problematischer noch als die erörterten Fragen einer ausreichenden Beratung Behinderter sind die tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten einer Erfassung der Behinderten durch das 1969 eingeführte System der Mitteilungen des Arztes an das Gesundheitsamt. Es handelt sich einmal um die Bestimmung des § 125 Abs. 2 BSHG, wonach die Ärzte die ihnen bekannt werdenden Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person, jedoch ohne Namensnennung, dem Gesundheitsamt mitzuteilen haben. Zum anderen ist es die Regelung des § 126 Nr. 3 BSHG, die dem Gesundheitsamt die Aufgabe zuweist, die Unterlagen auszuwerten und sie vor allem zur Planung der erforderlichen Einrichtungen weiterzuleiten.

Während das Gesundheitsamt bereits nach dem Körperbehindertengesetz von 1957 und dem BSHG von 1961 zur Führung einer Behindertenkartei verpflichtet war, wurde die Mitteilungspflicht den Ärzten erstmals durch die Zweite Novelle zum BSHG von 1969 auferlegt. Die damaligen Überlegungen, ob in den Gesetzentwurf eine namentliche Meldeverpflichtung aufzunehmen sei, fanden vor allem von seiten der ärztlichen Fachverbände entschiedenen Widerspruch. Die Bundesregierung war auf Grund der ersten acht Jahre praktischer Anwendung des BSHG der Überzeugung — und sie ist es heute noch —, daß die Führung einer Behindertenkartei beim Gesundheitsamt zur Sicherung der Eingliederung Behinderter im örtlichen Bereich zwar wichtig sei, aber nicht ausreiche, um die vom Gesetz zugleich angestrebte regionale und überregionale Erfassung Behinderter sowie eine wissenschaftliche Auswertung zu gewährleisten. Es seien vielmehr weitere Bestimmungen erforderlich, um genauere Zahlen über Behinderte zur Planung ausreichender Einrichtungen zu erhalten (Drucksache V/3495 zu Abschnitt 12 BSHG allgemein).

99. Seitdem ist die Überzeugung von der Wichtigkeit dieses institutionellen Aspekts der Rehabilitation eher noch gewachsen. Zwischen den beiden gegensätzlichen Positionen — namentliche Mitteilungspflicht auf der einen, keine Mitteilungspflicht auf der anderen Seite — kam es schon im Regierungsentwurf der Zweiten Novelle zum BSHG zu dem seit 1969 geltenden Kompromiß einer Mitteilung wesentlicher Angaben zur Person ohne Namensnennung. Es ist zu prüfen, ob und inwieweit sich dieser Kompromiß bei der Anwendung des Gesetzes bewährt hat und wie sich die dabei aufgetretenen tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten beseitigen lassen.

Ausgangspunkt für alle weiteren Überlegungen ist die Tatsache, daß die Zahl der von den Ärzten bei den Gesundheitsämtern eingegangenen Mitteilungen nach § 125 Abs. 2 BSHG bisher außerordentlich gering ist. So wurden z. B. in einem großen Bundesland im ersten Halbjahr 1972 insgesamt nur 271 Mitteilungsblätter an die Gesundheitsämter und von drei Ländern bis Ende 1972 zusammen nur 2 229 Mitteilungsblätter an das Bundesgesundheitsamt übersandt. Von diesem und von den meisten Ländern ist zudem berichtet worden, daß die Mitteilungsblätter großenteils unzureichend ausgefüllt seien.

Auf einer so schmalen und lückenhaften statistischen Grundlage lassen sich mithin weder örtlich noch überörtlich Folgerungen für die Planung der erforderlichen Einrichtungen ziehen. Es ist nicht einmal möglich, die Eignung der bestehenden Vorschriften und des Mitteilungsblattes für die Erzielung verläßlicher Unterlagen mit genügender Sicherheit schon jetzt zu beurteilen. Die Gründe für die insoweit noch sehr unzureichende Durchführung des Gesetzes durch die Ärzte sind offenbar vielfältiger Art. Auf Grund der bisher vorliegenden Unterlagen ist es jedoch schwierig, sie zuverlässig zu analysieren.

100.

1. Ein wesentlicher Grund für die noch weithin fehlende Mitarbeit der Ärzte bei der Erfassung der Behinderten liegt zunächst in der kurzen Anlaufzeit der Bestimmungen des Gesetzes und seiner Durchführungsvorschriften. Bei Übersendung ihrer Beiträge betrug diese Zeit in einigen Ländern — wie bereits dargestellt (Tz. 79) — nur ein halbes Jahr; in einem Bundesland waren die Mitteilungsblätter zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal ausgegeben. Dazu kommt, daß die zur örtlichen Durchführung der Vorschriften erforderlichen Maßnahmen der Gesundheitsämter — Übersendung oder Bereithaltung der Mitteilungsblätter, erste und weitere Aufforderungen an die Ärzte, Aufklärungsveranstaltungen u. a. — zusätzliche Zeit in Anspruch genommen haben. Wie den anderen verpflichteten Personenkreisen muß auch den Ärzten eine gewisse Zeitspanne zugebilligt werden, die neuen Verpflichtungen zur Kenntnis zu nehmen und in ihrer Praxis organisatorisch in die Tat umzusetzen.

101.

2. Über eine Reihe möglicher weiterer Gründe lassen sich lediglich Vermutungen anstellen. So steht vor allem — wie schon zur Beratungstätigkeit der Ärzte hervorgehoben (Tz. 87) — nicht fest, wie viele Fälle von Behinderung den Ärzten bekanntgeworden sind und wie viele Mitteilungsblätter sie daher auszufüllen und an das Gesundheitsamt zu übersenden hatten. Da der Mikrozensus 1966 eine Zahl von 4,1 Millionen Behinderten in der Bundesrepublik Deutschland — d. h. einen Anteil von rd. 6,7 v. H. der Gesamtbevölkerung — ausweist, hätte in Wirklichkeit ein Vielfaches an Fällen mitgeteilt werden müssen. Lediglich im örtlichen Bereich läßt sich der erreichte Erfassungsgrad in etwa überschauen. Daher kommt den in diesem Punkt übereinstimmend negativen Berichten der Länder, die ihrerseits auf den Angaben ihrer Gesundheitsämter beruhen, beträchtliches Gewicht zu. Der Eindruck, daß von den Ärzten fast überall nur ein kleiner Bruchteil der ihnen bekanntgewordenen Behinderungen mitgeteilt wurde, scheint in allen Ländern der gleiche gewesen zu sein.

Ausgehend davon, daß Soll- und Ist-Zahlen der Mitteilungen weit auseinanderklaffen, bleiben die möglichen Motive der Ärzte für die Unterlassung von Meldungen weithin ungeklärt. An möglichen Gründen wurden vorgebracht: Unkenntnis der gesetzlichen Pflichten, bewußtes Unterlassen aus Abneigung gegen Verwaltungsarbeiten in der Praxis, Distanz gegenüber vermeintlichen Bürokratisierungstendenzen, Ablehnung nicht honorierter Nebenarbeiten, Einwendungen gegen die Fassung des Mitteilungsbogens, grundsätzliche Vorbehalte gegen eine „Meldepflicht". Einige dieser Motive erscheinen auf Grund der Hinweise in den zugegangenen Länder- und Verbandsbeiträgen so gewichtig, daß auf sie im folgenden näher eingegangen werden soll.

102.

3. Im Vordergrund der Vorbehalte gegen das geltende Mitteilungssystem steht der insbesondere von einigen Ärzteorganisationen mit Nachdruck erhobene Einwand, bei der gegenwärtigen Ausgestaltung des Mitteilungsblattes verstoße der Arzt durch Mitteilungen an das Gesundheitsamt gegen seine ärztliche Schweigepflicht. Dieser Einwand wurde von einigen Organisationen bereits während der Vorarbeiten zur Zweiten Novelle zum BSHG und erneut in ihren Beiträgen zu diesem Bericht vorgebracht. Im einzelnen wird von ärztlicher Seite gerügt, daß zwar das Gesetz die Namensnennung bei der Mitteilung ausdrücklich verbiete, die im Mitteilungsblatt geforderten Angaben über Geburtsdatum, Geschlecht und Wohnort jedoch eine Identifizierung des einzelnen Behinderten durchaus ermöglichen. Damit gehe die Allgemeine Verwaltungsvorschrift des Bundes über das Gesetz hinaus. Gestützt auf dieses juristisch nicht haltbare Argument glaubte ein großer bundeszentraler Ärzteverband die Ärzte sogar zum Boykott gegen die geltende Mitteilungsregelung aufrufen zu müssen (siehe Anhang Nr. 12).

103.

Es soll an dieser Stelle nicht noch einmal das Für und Wider der rechtlichen Beurteilung dargestellt werden. Dies ist eingehend bei den Beratungen der Zweiten Novelle zum BSHG geschehen und abgeschlossen worden. Nur soviel sollte zur Klarstellung gesagt werden: In § 300 Strafgesetzbuch ist die Verletzung der Schweigepflicht des Arztes strafrechtlich sanktioniert. Diese Bestimmung wird indessen nicht verletzt, weil das Mitteilungsblatt sich im Rahmen des § 125 Abs. 2 BSHG hält und eine gesetzlich vorgeschriebene Mitteilung nicht unter das strafrechtliche Verbot fällt. Auf Grund einer Initiative des Bundesrates wurde in das Gesetz ausdrücklich die Pflicht des Arztes aufgenommen, außer den Behinderungen auch wesentliche Angaben zur Person des Behinderten mitzuteilen. Die Begründung hierfür war, daß zur Planung der erforderlichen Einrichtungen Alter und Geschlecht stets bekannt sein müßten (Drucksache V/3495 S. 8, 20, 28, 31). Eine Identifizierung des einzelnen Behinderten auf Grund der geforderten Angaben wäre allenfalls unter Zuhilfenahme anderer staatlicher oder kommunaler Personenstandsdaten möglich. Eine solche Zusammenführung der Daten würde jedoch über den rein statistischen, der instutionellen Planung dienenden Zweck des Gesetzes hinausgehen und gegen das auch dem Gesundheitsamt auferlegte Verbot der Angabe des Namens (§ 126 Nr. 3 Satz 2 BSHG) verstoßen. Es muß ausdrücklich Verwahrung dagegen eingelegt werden, daß durch solche Argumentationen unsere rechtsstaatliche Verwaltung indirekt dem Verdacht gesetzwidrigen Verhaltens ausgesetzt wird.

Zwar ist es denkbar, daß in kleinen Bezirken Bedienstete des Gesundheitsamtes auf Grund ihrer sonstigen Personenkenntnisse die Angaben eines Mitteilungsblattes mit einer bestimmten Person in Verbindung bringen könnten. Dies ist jedoch ohne Belang, weil öffentliche Bedienstete der Pflicht zur Dienstverschwiegenheit unterliegen. Dadurch ist die Gefahr einer Identifizierung und einer möglichen Diskriminierung des einzelnen Behinderten in der Öffentlichkeit ausgeschlossen. Hier sei nur daran erinnert, daß Bedienstete jedes Gesundheitsamtes in großem Umfang regelmäßig Kenntnis darüber erhalten, welche Personen in ihrem Bereich, die sie teilweise persönlich kennen, mit den verschiedensten meldepflichtigen Krankheiten (z. B. Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten) behaftet sind. Gerade bei Behinderungen sollte es nicht nur staatliche Aufgabe, sondern auch Anliegen der Ärzteschaft sein, dafür zu sorgen, daß mit solchen Abweichungen von der Norm keinerlei diskriminierende Assoziationen mehr im Bewußtsein der Öffentlichkeit entstehen. Gleichwohl sollte erwogen werden, ob nicht durch eine Änderung des § 4 Abs. 3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift des Bundes den Ländern die Möglichkeit geschaffen werden kann, für jeweils mehrere Bezirke ein Gesundheitsamt

mit der Entgegennahme und Auswertung der Unterlagen zu beauftragen. Solchen Überlegungen kommen auch die kommunale und staatliche Neugliederung der Verwaltungsbezirke und ihrer Behörden entgegen.

104.

4. Ein weiteres, von denselben Ärzteorganisationen vorgebrachtes Argument hängt mit der Schweigepflicht eng zusammen und besagt, das gegenwärtige Mitteilungsverfahren verletze das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Die § 125 Abs. 2 und § 126 Nr. 3 BSHG verstießen gegen das in Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht. Bereits in der amtlichen Begründung der Zweiten Novelle zum BSHG ist indessen ausgeführt worden, daß die Mitteilungspflicht nicht im Widerspruch mit dem Grundgesetz stehe und wegen der fehlenden Namensnennung auch nicht das Vertrauensverhältnis des Arztes zu dem Behinderten beeinträchtigt werde (Drucksache V/3495 S. 21). Bezüglich der Einzelheiten darf hierauf verwiesen werden.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Behinderten hat jedoch auch einen nichtjuristischen Aspekt, insofern es die psychologische Grundlage für wirksame ärztliche Behandlungs- und Eingliederungsmaßnahmen bildet. Die Bundesregierung ist daher der Auffassung, daß versucht werden sollte, dieses Vertrauensverhältnis nicht durch vermeidbare Ausgestaltungen des Mitteilungsverfahrens zu belasten. Ein Weg hierzu könnte die aufgezeigte Möglichkeit einer Konzentrierung der Auswertungsaufgaben bei bestimmten Gesundheitsämtern sein. Man sollte außerdem erwägen, ob dem Behinderten bzw. seinem Personensorgeberechtigten eine Durchschrift des Mitteilungsbogens überlassen werden kann.

105.

Einige Länder haben den Vorschlag gemacht, die Mitteilungspflicht des § 125 Abs. 2 BSHG durch eine Überweisung des Behinderten vom behandelnden Arzt zum Arzt des Gesundheitsamtes zu ersetzen. Ein solcher Vorschlag erscheint nicht frei von Bedenken. Es dürfte zwar sichergestellt werden können, daß in allen Fällen, in denen Behinderte oder Personensorgeberechtigte mit der Überweisung an den Arzt des Gesundheitsamtes einverstanden sind, die entsprechenden Angaben des behandelnden Arztes auch in die Hand des Arztes beim Gesundheitsamt gelangen. Falls dem Arzt die Übermittlung durch den Behinderten bzw. seinen Personensorgeberechtigten selbst zweifelhaft erscheint, kann er sich in diesen Fällen der Post oder anderer Wege bedienen. Es ist jedoch zu befürchten, daß viele Fachärzte, Orthopäden, Kinderärzte sowie Hals-Nasen-Ohrenärzte die Behinderten wegen der nach ihrer Meinung oft nicht ausreichend ausgestatteten medizinischen Dienste ihres zuständigen Gesundheitsamtes bewußt nicht dorthin überweisen. Auch ist denkbar, daß manche Behinderte gegenüber dem Gesundheitsamt als einer Behörde persönliche Vorbehalte haben und sich trotz einer von ihnen zunächst hingenommenen Überweisung dorthin beim Gesundheitsamt nicht einfinden. Das Erfassungssystem könnte deshalb bei einem solchen System wahrscheinlich niemals zu einer lückenlosen Wirksamkeit gebracht werden. Dagegen wäre die vorgeschlagene Überweisung von Arzt zu Arzt als ergänzende Maßnahme, d. h. neben der Mitteilung, zu begrüßen. Besonders angebracht wäre sie in den Fällen, in denen der Arzt befürchtet, daß der Behinderte bzw. dessen Personensorgeberechtigter nicht selbst die Initiative zu dringend gebotenen Eingliederungsmaßnahmen ergreift. Der Arzt könnte auf diese Weise auch die nach § 125 Abs. 3 erster Halbsatz BSHG vorgesehene Benachrichtigung des Gesundheitsamtes mit einer Überweisung erledigen, die allerdings dann unmittelbar an den Arzt des Gesundheitsamtes gehen müßte.

106.

5. Im Zusammenhang mit den fachlichen Bedenken gegen die ärztliche Mitteilungspflicht ist von bundeszentralen Ärzteorganisationen auch die Gebührenfrage angeschnitten worden. Es wird dabei vorgebracht, der Meldebogen enthalte auch Fragen, die über statistische Angaben hinausgingen und eher einer Spezialbegutachtung entsprächen. Insoweit stelle die Mitteilung auf dem amtlichen Formular eine ärztliche Bescheinigung dar, die einen Honoraranspruch nach der amtlichen Gebührenordnung auslöse.

Hierzu ist zunächst festzustellen, daß die Abgabe der Mitteilung nach § 125 Abs. 2 BSHG eine den Ärzten auferlegte öffentlich-rechtliche Pflicht darstellt. Der Arzt erfüllt damit nicht eine Aufgabe, die ihm gegenüber seinem Patienten bzw. dessen Personensorgeberechtigten obliegt. Dies ergibt sich eindeutig aus dem gesetzgeberischen Zweck der Mitteilung, den Stellen der öffentlichen Hand wissenschaftlich auswertbare Unterlagen für die Planung der erforderlichen Einrichtungen zu verschaffen. Insoweit ist die Pflicht der Ärzte, diese Mitteilungsblätter auszufüllen, der Pflicht vergleichbar, die jedem Staatsbürger durch Volkszählungsgesetze auferlegt wird, wonach er ebenfalls teilweise sehr umfangreiche Fragebogen auszufüllen hat.

Es wird jedoch eingeräumt werden müssen, daß die Ausfüllung des Mitteilungsblattes nach § 125 Abs. 2 BSHG nicht nur die Wiedergabe einfacher statistischer Daten darstellt, sondern in der Tat nur unter Einsatz des Fachwissens des Arztes und nach verantwortungsvoller Abwägung erfolgen kann. Insofern nimmt die öffentliche Hand den Arzt bei jeder Ausfüllung eines Mitteilungsblattes als Sachverständigen in Anspruch. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß dem Arzt die in das Mitteilungsblatt einzutragenden Angaben über die Behinderung und die erforderlichen Maßnahmen auf Grund vorangegangener Unter-

suchung des Behinderten ohnehin zur Verfügung stehen.

Immerhin erscheint es bei dieser Sachlage nicht ungerechtfertigt, dem Arzt für diese Tätigkeit seitens der öffentlichen Hand eine gewisse Vergütung zu zahlen, deren Höhe sich in entsprechender Anwendung von Ziffer 16 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 (Bundesgesetzbl. I S. 89) an den für ärztliche Bescheinigungen vom Patienten zu zahlenden Beträgen orientieren sollte. Diese Vergütung würde jedoch jeweils erst für ordnungsgemäß ausgefüllte beim Gesundheitsamt eingegangene Mitteilungsblätter fällig werden. In den Ländern sollten möglichst einheitliche Grundsätze über die den Ärzten insoweit zukommende Entschädigung festgelegt werden. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird in diesem Sinne das Gespräch mit den obersten Landesgesundheitsbehörden aufnehmen.

107.

6. Besonders schwierig zu beantworten ist die Frage, inwieweit die gegenwärtig anonyme Mitteilungspflicht des Arztes nach § 125 Abs. 2 BSHG geeignet ist, zuverlässige und ausreichende statistische Angaben über Behinderte zu erbringen. Von einigen Ländern, vom Bundesgesundheitsamt und auch von seiten der Behindertenverbände ist diese Frage trotz der noch sehr kurzen Erfahrung mit dem Mitteilungssystem schon jetzt verneint worden. Übereinstimmend heißt es dabei, das Mitteilungsblatt schließe weder Doppelmeldungen aus, noch erfasse es die sogenannten Abgänge. Teils wird daraus der Schluß gezogen, die Mitteilungspflicht des Arztes solle überhaupt gestrichen werden; teils wird aber auch die Einführung einer konsequenten namentlichen Mitteilungspflicht gefordert. Beide Konsequenzen vürden eine Änderung des Gesetzes erforderlich machen. Nach Auffassung der Bundesregierung sollten jedoch vorerst weitere Erfahrungen abgewartet werden. Bis dahin muß alles versucht werden, dem gerade erst angelaufenen Mitteilungssystem durch eine verbesserte Durchführung des Gesetzes zum Erfolg zu verhelfen.

108.

Der vom Gesetz in § 125 Abs. 2 BSHG gesteckte Rahmen reicht von der Mitteilung wesentlicher Angaben zur Person bis zur Nichtangabe des Namens der Behinderten und Personensorgeberechtigten. Nach der zur Durchführung des Gesetzes ergangenen Allgemeinen Verwaltungsvorschrift verlangt das Mitteilungsblatt zur Unterscheidung der Einzelfälle folgende Angaben zur Person: Jahr, Monat und Tag der Geburt, Geschlecht und Wohnort des Behinderten. Es fordert weiter diagnostische Angaben über eine Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, über Mißbildungen und über Beeinträchtigungen der Seh-, Hör- und Sprachfähigkeit sowie der geistigen oder seelischen Kräfte. Diese diagnostischen Angaben sind zur Identifizierung des Behinderten geeignet, wenn sie vollständig eingetragen werden. Es muß angenommen werden, daß viele Behinderte — insbesondere die zahlreichen Mehrfachbehinderten — im Laufe der Zeit mehrere Ärzte, vor allem verschiedene Fachärzte, am selben Ort oder in verschiedenen Orten aufsuchen, wobei jeder dieser Ärzte ein Mitteilungsblatt übersendet. Hierbei ist wichtig, daß der einzelne Arzt nicht nur seine fachspezifische Diagnose einträgt. Obwohl anzugeben ist, ob der Behinderte bereits einen anderen Arzt aufgesucht hat, dürften auch bei einigermaßen vollständiger Ausfüllung der Formulare Doppelmeldungen nicht immer auszuschließen sein. In welchem Umfang hier Fehlerquellen gegeben sind, läßt sich ohne die Auswertung einer großen Anzahl ausgefüllter Mitteilungsblätter kaum angeben. Dies war bisher wegen des spärlichen Eingangs von Mitteilungsblättern nicht möglich.

109.

Die Bundesregierung wird in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsamt und den Ländern weiterhin um eine baldige Auswertung der inzwischen eingegangenen Mitteilungsblätter bemüht sein. Sie wird prüfen, ob und ggf. welche Verbesserungen im Text des Mitteilungsblattes und in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift erforderlich und zulässig erscheinen. Dabei wird auch zu überlegen sein, wie die Abgänge — vor allem durch Umzug oder Tod — im örtlichen und überörtlichen Bereich ermittelt und ausgeschieden werden können. Die Prüfung wird auch einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder zur Neufassung des § 125 Abs. 2 BSHG zu berücksichtigen haben, wonach die Mitteilung der Ärzte durch die Ausstellung einer dem Gesundheitsamt vorzulegenden ärztlichen Bescheinigung ersetzt werden soll (siehe Anhang Nr. 7).

Zur Frage der Doppelmeldungen ist bereits vor Erlaß der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift geprüft worden, ob im Mitteilungsblatt die Angabe wenigstens der Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamens erforderlich und zulässig sei. Wegen der seinerzeit im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht erhobenen Bedenken ist damals davon abgesehen worden. Nach den bisherigen Erfahrungen hat dieser Verzicht jedoch stark dazu beigetragen, daß das Erfassungssystem bisher keine brauchbaren Ergebnisse geliefert hat.

110.

7. Innerhalb des Mitteilungssystems kommt dem Gesundheitsamt eine besondere Rolle zu. Nach § 126 Nr. 3 BSHG hat es zunächst die Aufgabe, die Unterlagen auszuwerten. Welche Unterlagen dies sind, ist in dieser Vorschrift nicht näher bestimmt. Aus den §§ 124 bis 126 BSHG ergibt sich jedoch, daß es sich dabei sowohl um Unterlagen handelt, die das Gesundheitsamt aus eigener

Hand besitzt, als auch um solche, die ihm von anderer Seite zugeleitet worden sind. Zu den eigenen Unterlagen des Gesundheitsamtes gehören insbesondere die bei der Beratung und Betreuung Behinderter gesammelten Daten. Bei den zugeleiteten Unterlagen handelt es sich um Angaben, die das Gesundheitsamt auf seine Initiative durch die Beteiligung des behandelnden Arztes sowie durch Dritte nach § 126 Nr. 1 BSHG erhält. Hierzu zählen auch die Formular-Mitteilungen der Ärzte nach § 125 Abs. 2 BSHG sowie die nach dem § 124 Abs. 2 und 3 und § 125 Abs. 3 BSHG vorgesehenen Benachrichtigungen durch verschiedene Betreuungspersonen und durch Ärzte. Es dürfte sich empfehlen, daß die Gesundheitsämter auch die von ihnen beratenen Behinderten mit Hilfe der Mitteilungsblätter nach § 125 Abs. 2 BSHG erfassen. Im übrigen sollten jedoch bisher angelegte Karteien über Behinderte fortgeführt werden.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, daß wie bei der oben (Tz. 90/91) beschriebenen Beratungsaufgabe das Gesundheitsamt auch bei der Sammlung und Auswertung von Unterlagen über Behinderte in vielfacher Hinsicht anregend und aufklärend zu wirken hat. So dürfte es sich empfehlen, daß das Gesundheitsamt die Mitteilungsblätter nicht nur zum Abruf durch Ärzte bereithält, sondern sie den Ärzten nach vorheriger Bedarfsermittlung zustellt.

V. Sonstige Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG

111. Die Schwerpunkte der Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG liegen auf den beiden großen Komplexen der Beratung und der Erfassung Behinderter; dies ist von der amtlichen Begründung der Zweiten Novelle zum BSHG hervorgehoben worden (Drucksache V/3495 S. 10, 18, vgl. Tz. 13). Auch die im nachfolgenden dargestellten Maßnahmen nach den §§ 126 a und 126 b BSHG stehen im Zusammenhang mit der Beratung und Erfassung Behinderter.

1. Maßnahmen der Landesärzte

112. Auf Grund der kurzen Anlaufzeit des Gesetzes und der deshalb noch spärlichen Angaben der Länder läßt sich über den Erfolg der Bestimmung des § 126 a BSHG über Einrichtung und Arbeit der landesärztlichen Dienste noch wenig aussagen.

Zu begrüßen ist, daß die Länder besondere Landesärzte für die einzelnen Behindertengruppen bestellt haben bzw. bestellen wollen. Dabei sollte jedoch beachtet werden, daß der landesärztliche Dienst fachlich nicht allzusehr spezialisiert wird und nur aus Fachärzten besteht. Darunter könnte die dem landesärztlichen Dienst zukommende Aufgabe leiden, einen Überblick über die Rehabilitationsmaßnahmen im Lande zu gewinnen und koordinierend zu wirken. Der Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder, überall die Bestellung der Landesärzte durch die obersten Landesgesundheitsbehörden vorzusehen, ist zu begrüßen, da die Aufgaben der Landesärzte in den Rahmen der Gesundheitspolitik gehören und nicht etwa auf den Bereich der Sozialhilfe beschränkt sind. Die Landesärzte müssen im übrigen an der Abhaltung der Sprechtage beteiligt werden. Die Praxis in zwei Ländern, sie nicht zu beteiligen, dürfte der eindeutigen Vorschrift des § 126 Abs. 1 Nr. 1 BSHG zuwiderlaufen. Auch andere bekanntgewordene Schwierigkeiten werden sich erst bei längerer Praktizierung der in § 126 a BSHG festgelegten Aufgaben beheben lassen.

2. Unterrichtung der Bevölkerung

113. Nach § 126 b BSHG ist die Bevölkerung in doppelter Hinsicht regelmäßig zu unterrichten: einmal über die Möglichkeiten der Eingliederung von Behinderten, zum anderen über die nach Abschnitt 12 BSHG bestehenden Pflichten. In den Berichten der Länder werden diese beiden Aspekte der vorgesehenen Öffentlichkeitsarbeit in der Regel nicht voneinander getrennt. Dabei steht im allgemeinen die Aufklärung über die bestehenden Möglichkeiten der Rehabilitation im Vordergrund. Zu der Notwendigkeit, die nach § 125 BSHG und der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift verpflichteten Ärzte über ihre Aufgaben aufzuklären, darf auf die Ausführungen unter Tz. 84 verwiesen werden. Dabei unterliegt es keinem Zweifel, daß auch die Unterrichtung der Bevölkerung nach § 126 b BSHG eine vordringliche Aufgabe der Länder ist.

Über den Erfolg der Öffentlichkeitsarbeit der Länder läßt sich im gegenwärtigen Zeitpunkt noch nichts Endgültiges aussagen, zumal die Wirkung von Aufklärungsmaßnahmen in der Bevölkerung erfahrungsgemäß erst nach längerer Zeit eintritt und zudem schwer zu ermitteln ist. Es ist jedoch davon auszugehen, daß die Länder ihre Bemühungen in dieser Richtung noch intensivieren werden. Diese Bemühungen bilden einen wichtigen Teil der auch im Aktionsprogramm der Bundesregierung vorgesehenen Maßnahmen. Auch die Bundesregierung wird sich in verstärktem Maße im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Möglichkeiten dieser Aufgabe widmen.

Bei der Unterrichtung der Bevölkerung wird neben gedruckter Information wie Broschüren und Presseartikeln vor allem der bildlich-lebendigen Unterrichtung durch das Fernsehen wachsende Bedeutung zukommen. Hierbei wird es vornehmlich darum gehen, der Bevölkerung — d. h. insbesondere den Behinderten selbst und ihren Personensorgeberechtigten — ihre Möglichkeiten und Pflichten vor allem durch die Einsicht in die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht rechtzeitiger Eingliederungsmaßnahmen nahezubringen. Die Bundesregierung weiß auch, daß die Aufklärungsarbeit wesentlich von den privaten Organisationen und Verbänden unterstützt und mitgetragen wird. Deren hohes Engagement sollte an dieser Stelle besonders hervorgehoben und anerkannt werden.

E. Maßnahmen außerhalb des Abschnitts 12 BSHG

114. Der Auftrag des Gesetzgebers an die Bundesregierung geht dahin, einen Bericht über den Abschnitt 12 BSHG — d. h. vor allem über Beratung und Erfassung Behinderter durch Ärzte und Gesundheitsämter — vorzulegen. Der Bericht über Maßnahmen zur Sicherung der Eingliederung Behinderter kann sich jedoch nicht darauf beschränken, die Erfassung und Beratung aller Behinderten im Rahmen der in Abschnitt 12 BSHG ausdrücklich normierten Maßnahmen darzustellen. Diese stehen vielmehr in unlösbarem Zusammenhang mit Beratungs- und Erfassungsmaßnahmen anderer Träger des gegliederten Systems der Rehabilitation. Der Bericht skizziert daher auch die Beratungs- und Erfassungsmaßnahmen außerhalb des privaten und öffentlichen Gesundheitsdienstes und das Verhältnis des Gesundheitsamtes und der Ärzte zu den diese Maßnahmen tragenden Einrichtungen. Da die Beratung Behinderter vor allem der frühzeitigen Einleitung der erforderlichen Eingliederungsmaßnahmen dient, wird auch auf den wichtigen Komplex der Maßnahmen für Behinderte zur Vorsorge und zur Früherkennung von Krankheiten eingegangen.

I. Beratung Behinderter

115. Die Beratung durch Ärzte und Gesundheitsämter dient, wie § 123 BSHG bestimmt, zur Sicherung der Eingliederung behinderter Personen. Es handelt sich dabei um medizinische, soziale, vorschulisch-schulische und berufsfördernde Maßnahmen der verschiedenen Rehabilitationsträger. Hinter der in erster Linie unter gesundheitlichen Gesichtspunkten durchgeführten Beratung durch Ärzte und Gesundheitsämter steht eine Vielzahl der dadurch einzuleitenden Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger des gegliederten Systems. Da diese ihrerseits den Behinderten beraten, ist hier auf die Beratungsaufgaben der wichtigsten Leistungsträger einzugehen.

1. Sozialhilfeträger

116. Nach dem Leistungsrecht des BSHG für Behinderte — also der Eingliederungshilfe und der Blindenhilfe — besteht eine weitgehende Beratungspflicht des überörtlichen und des örtlichen Trägers der Sozialhilfe. Wie bei der Sozialhilfe allgemein ist die Beratung auch hier wesentlicher Teil der persönlichen Hilfe (§ 8 Abs. 2 BSHG). Dabei ist dem Hilfesuchenden auch über Fragen in sonstigen Angelegenheiten Auskunft zu geben. Hierzu gehört auch die Aufklärung über mögliche Leistungen anderer Rehabilitationsträger. Ist Eingliederungshilfe zu gewähren, tritt zur Beratungsaufgabe des Trägers der Sozialhilfe die weitergehende Aufgabe, für den Behinderten einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen der Eingliederungshilfe aufzustellen (§ 46 BSHG). Dabei sieht das Gesetz das Zusammenwirken des Sozialhilfeträgers mit allen im Einzelfall Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt und bei beruflichen Eingliederungsmaßnahmen den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit vor.

2. Träger der beruflichen Rehabilitation

117. Die berufliche Rehabilitation hat in den letzten Jahren einen bedeutenden Aufschwung erlebt. Insbesondere durch das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) vom 25. Juni 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 582) wurden die individuelle und die institutionelle Förderung der Ausbildung, Fortbildung und Umschulung Behinderter sowie die Förderung von Werkstätten für Behinderte wesentlich verstärkt. Über das durch das AFG neugestaltete System von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation hat die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag zwei Berichte über die Gestaltung des Verhältnisses zwischen den neuen Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeit nach dem AFG und den Aufgaben der Träger der Sozialversicherung und anderer Sozialleistungsträger im Bereich der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (berufliche Rehabilitation) vom September 1970 (Drucksache VI/1127) bzw. vom Juli 1972 (Drucksache VI/3654) vorgelegt.

118.

a) Bei der Durchführung beruflicher Maßnahmen zur Rehabilitation nimmt die Bundesanstalt für Arbeit mit ihrem Netz von Arbeitsämtern und Landesarbeitsämtern eine wichtige Stellung ein. Der Bundestag hat in seinem Beschluß vom 3. Februar 1971 die der Bundesanstalt für Arbeit durch den § 59 AFG übertragene Aufgabe hervorgehoben, allgemeine Beratungs-, Anlauf- und Einleitungsstelle der beruflichen Rehabilitation zu werden. Nach Absatz 1 dieser Vorschrift hat einerseits die Bundesanstalt bei beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen mit den anderen Trägern und haben andererseits diese mit der Bundesanstalt eng zusammenzuwirken.

119.

Der Abschnitt 12 BSHG anerkennt diese zentrale und koordinierende Funktion der Arbeitsverwaltung für die berufliche Rehabilitation in mehrfacher Hinsicht:

— Nach § 125 Abs. 1 haben Ärzte die Personensorgeberechtigten minderjähriger Behinderter sowie volljährige Behinderte zu beraten oder sie, wenn berufliche Eingliederungsmaßnah-

men in Betracht kommen, auf die Möglichkeit der Beratung durch das Arbeitsamt hinzuweisen und ihm das amtliche Merkblatt mit Hinweisen auch auf berufliche Hilfen auszuhändigen.

— Nach § 124 Abs. 3 Satz 2 BSHG haben Medizinalpersonen außer Ärzten sowie Sozialarbeiter bei volljährigen Behinderten mit deren ausdrücklicher Zustimmung das Arbeitsamt zu benachrichtigen, wenn berufliche Eingliederungsmaßnahmen in Betracht kommen.

— Nach § 126 Nr. 1 Satz 1 BSHG ist die Beratung Behinderter durch das Gesundheitsamt im Benehmen mit den für die nichtärztlichen Eingliederungsmaßnahmen beteiligten Stellen vorzunehmen; dies sind bei beruflichen Maßnahmen solche der Arbeitsverwaltung.

— Nach § 126 Nr. 2 BSHG hat das Gesundheitsamt, wenn eine berufliche Eingliederung in Betracht kommt, zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen mit Zustimmung des Betroffenen die Bundesanstalt für Arbeit zu verständigen.

120.

Aus den genannten Bestimmungen des AFG und des BSHG und aus der Natur der Sache ergibt sich, daß die Gesundheitsämter und vor allem die Ärzte in Fragen beruflicher Eingliederungsmaßnahmen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Aufgabe des Gesundheitsamtes als allgemeine Anlauf- und Auskunftsstelle für Behinderte ist insoweit eingeschränkt. Im einzelnen hebt § 59 Abs. 2 Satz 1 AFG hervor, daß die Beratung über die geeigneten Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung durch die zuständigen Träger möglichst frühzeitig zu geschehen hat. Zur Beratung tritt wie bei der Eingliederungshilfe nach dem BSHG als weitergehende Maßnahme die Aufstellung eines Gesamtplanes, der zwischen den beteiligten Stellen abzustimmen ist (§ 59 Abs. 3 Satz 2 AFG).

121.

b) Das durch § 59 Abs. 1 AFG vorgeschriebene Zusammenwirken der Bundesanstalt für Arbeit mit den anderen zuständigen Trägern der beruflichen Rehabilitation ist im Rahmen des Gesetzes zwischen diesen Trägern durch die sog. Frankfurter Vereinbarung vom 1. Oktober 1971 konkretisiert worden (wiedergegeben in der Drucksache VI/3654 Anlage 2). Dies auf Initiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zustande gekommene „Vereinbarung über Zusammenarbeit und Verfahren bei der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (berufliche Rehabilitation)" ist zwischen der Bundesanstalt für Arbeit, der Renten-, Unfall- und Krankenversicherungsträger sowie der Sozialhilfeträger und zentralen ärztlichen Stellen abgeschlossen worden. Neben Verfahrensvorschriften über die gegenseitige Beteiligung der zuständigen Stellen enthält die Frankfurter Vereinbarung vor allem Bestimmungen über die berufliche Beratung Behinderter. Sie unterscheidet dabei zwischen

— Auskunftsstellen, die allgemein Rat erteilen, den zuständigen Träger feststellen und Anträge weiterleiten und

— Beratungsstellen, die umfassend beraten und dem Behinderten im Rahmen des Gesamtplanes behilflich sind.

Die Vereinbarung nennt u. a. die Gesundheitsämter als Auskunfts- wie als Beratungsstellen der beruflichen Eingliederung. Die berufliche Beratung Behinderter ist bereits während der medizinischen Eingliederung sowie bei der Abhaltung von Sprechtagen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen. Diese berufliche Beratung ergänzt die nach den §§ 126 und 126 a BSHG vorgesehenen Sprechtage in den Gesundheitsämtern.

3. Sonstige öffentliche Träger

122. Ebenso wie der Gesundheitsverwaltung, den Sozialhilfeträgern und der Arbeitsverwaltung obliegt auch den anderen Leistungsträgern des gegliederten Systems der Rehabilitation die Aufgabe, ihre Leistungsberechtigten, sofern sie behindert sind oder ihnen eine Behinderung droht, über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen zu beraten. Dabei umfaßt die Beratung — unabhängig von dem jeweils abgegrenzten Leistungsbereich des einzelnen Trägers — grundsätzlich alle in Betracht kommenden Maßnahmen der Rehabilitation Behinderter, mit der Besonderheit, daß bei Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung grundsätzlich die Bundesanstalt für Arbeit einzuschalten ist. Allerdings bestehen gegenwärtig noch beträchtliche Unterschiede bei der Gewährung von gesetzlichen Leistungen für Behinderte und bei deren Beratung. Auf eine nähere Darstellung des noch geltenden Beratungssystems soll jedoch verzichtet werden, da durch den von der Bundesregierung bereits verabschiedeten Entwurf eines Sozialgesetzbuches (SGB) — Allgemeiner Teil — (Bundesratsdrucksache 286/73) und den in Vorbereitung befindlichen Entwurf eines Gesetzes zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation ohnehin eine Änderung angestrebt wird. Auf die voraussichtliche künftige Rechtslage nach dem Entwurf des Allgemeinen Teils eines Sozialgesetzbuches wird kurz eingegangen.

123. Einheitliche Regelungen über die Beratung Behinderter durch die öffentlichen Sozialleistungsträger sind in dem von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Sozialgesetzbuches (SGB) — Allgemeiner Teil — (Bundesratsdrucksache 286/73) vorgesehen. In diese Kodifikation sollen alle bisher in selbständigen Gesetzen geregelten Sozialleistungsbereiche, die von ihrer Struktur her auf Dauer angelegt sind, einbezogen werden, darunter auch die Sozial- und mit gewissen Einschränkungen die Jugendhilfe. Gemäß § 14 SGB hat jeder, also auch der Behinderte, Anspruch auf eine umfassende Beratung

über seine Rechte und Pflichten nach dem SGB; die Beratung soll vom zuständigen Leistungsträger durchgeführt werden, der aufgrund seiner Sachkenntnis für diese Aufgabe am besten geeignet ist.

Da der einzelne nicht übersehen kann, welche Sozialleistungen für ihn in Betracht kommen können und an welche Leistungsträger er sich zu wenden hat, sind neben der Beratung durch den jeweils zuständigen Leistungsträger auch Auskunftsstellen vorgesehen. Diese sollen über alle sozialen Angelegenheiten nach dem SGB Auskunft geben, damit der Bürger nicht von einer Stelle an die andere verwiesen wird und durch die institutionelle Gliederung des Sozialleistungssystems Nachteile erleidet. Da solche Auskunftsstellen ortsnah sein müssen, wurden zur Wahrnehmung dieser Aufgaben die Kreise und kreisfreien Städte sowie die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt. Der Umfang der von den Auskunftsstellen gegebenen Auskünfte wird je nach den Umständen des Einzelfalles unterschiedlich sein; während in allen Fällen zumindest der zuständige Leistungsträger benannt werden muß, dem nach § 14 SGB die umfassende Beratung obliegt, besteht in fachlichen Fragen eine Auskunftspflicht nur insoweit, als die Auskunftsstelle hinreichend sachkundig ist. Beratung und Auskunft werden schließlich durch eine allgemeine Aufklärung der Bevölkerung durch die Leistungsträger, ihre Verbände und die öffentlich-rechtlichen Vereinigungen im Bereich des SGB ergänzt (§ 13 SGB).

124. Unter den besonderen Vorschriften für die Behinderten hebt § 28 Abs. 1 Nr. 3 SGB die Beratung Behinderter nach § 126 BSHG hervor. Zusätzliche gemeinsame Vorschriften für die Eingliederung Behinderter schreiben u. a. die frühzeitige Einleitung der Eingliederungsmaßnahmen, das Zusammenwirken der Leistungsträger und die Aufstellung eines Gesamtplanes vor, an dem die behandelnden Ärzte und die beteiligten Stellen beratend mitwirken (§§ 68 bis 70 SGB).

4. Private Organisationen

125. Ein Charakteristikum des deutschen Sozialleistungssystems ist es, daß neben dem gegliederten System der öffentlichen Leistungsträger die Träger der freien Wohlfahrtspflege und andere private Organisationen stehen. Im privaten Sozialleistungsbereich führen diese Träger in zahlreichen Einrichtungen auch notwendige Eingliederungsmaßnahmen für Behinderte durch. Im Zuge der Hilfen entfalten sie zum Teil über ein engmaschiges Netz von Betreuungsstellen eine orts- und sachnahe Auskunftstätigkeit. Sie stehen durchweg in engem Kontakt mit den Beratungsstellen der Gesundheitsämter und Sozialleistungsträger. Die Unentbehrlichkeit der freien Wohlfahrtstätigkeit für den sozialen Rechtsstaat hat die Regierungserklärung vom Januar 1973 eigens hervorgehoben (Ziffer IX).

Aus dem Vorstehenden folgt, daß sich neben den Gesundheitsämtern und Ärzten eine Reihe von weiteren Auskunftsstellen der verschiedenen Träger um die Behinderten bemühen. Dadurch wird das Netz der Beratung wesentlich verdichtet. Dies ist im Interesse einer möglichst umfassenden Beratung der Behinderten zu begrüßen. Aufgabe der Gesundheitsämter wird es sein, innerhalb dieses Netzes auf eine koordinierte und damit effektive Beratung hinzuwirken. Insoweit wird auf die Ausführungen unter Tz. 93 verwiesen. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, daß die Unterstützung Behinderter in Fragen der Berufswahl und des Berufswechsels durch das sog. Beratungsmonopol der Bundesanstalt für Arbeit (§ 4 AFG) eingeschränkt ist.

II. Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten

126. Die Maßnahmen des Abschnitts 12 BSHG — insbesondere die Beratung durch Ärzte und Gesundheitsämter — sollen die Eingliederung Behinderter sichern. So haben vor allem die Eltern behinderter Kinder nach § 124 Abs. 1 BSHG die Pflicht, das Kind unverzüglich dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen vorzustellen. Auch die anderen in § 124 BSHG genannten Pflichten bezwecken vor allem, daß Ärzte und Gesundheitsämter frühzeitig erkennen, ob eine Behinderung einzutreten oder eine eingetretene Behinderung sich zu verschlimmern droht (vgl. amtliche Begründung der 2. Novelle zum BSHG — Drucksache V/3495 S. 18). Insoweit dienen im Abschnitt 12 BSHG die rechtzeitige Beratung und die auf diese hinführenden Maßnahmen — wie vor allem die Vorstellpflicht der Eltern — der medizinischen Vorsorge gegen Behinderungen sowie deren Früherkennung und Frühbehandlung.

127.

1. Einen wichtigen Schritt zur wirksamen Früherkennung von Krankheiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 21. Dezember 1970 (Bundesgesetzbl. I S. 1770) getan, das mit den §§ 181 bis 181 b einen entsprechenden Abschnitt in die Reichsversicherungsordnung eingefügt hat (siehe Anhang Nr. 5). Danach haben die in der gesetzlichen Krankenversicherung geschützten Personen Anspruch auf bestimmte Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, und zwar

   — Kinder bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres bezüglich von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden,

   — Frauen vom Beginn des 30. und Männer vom Beginn des 40. Lebensjahres bezüglich von Krebserkrankungen.

   Über die bisherigen Erfahrungen mit diesen Vorschriften siehe den oben (Tz. 27) erwähnten Vorsorgebericht der Bundesregierung von 1973 (Drucksache 7/454). Zur näheren Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter hat sich die Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage aus dem Deutschen Bundestag (Drucksache VI/2077) am 5. April 1971 eingehend geäußert.

128.

2. Auch das Bundessozialhilfegesetz trägt dem Vorsorgegedanken in verschiedenen Bestimmungen Rechnung. Im Vordergrund steht die vorbeugende Gesundheitshilfe des § 36. Danach können Personen, denen eine Krankheit oder ein sonstiger Gesundheitsschaden droht, zur Früherkennung von Krankheiten Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden. Nach dem Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes (Drucksache 7/308) besteht künftig im selben Umfang wie nach den §§ 181 bis 181 b RVO ein Rechtsanspruch darauf.

III. Erfassung Behinderter

129. Auch der zweite große Maßnahmenkomplex der §§ 123 bis 126 b BSHG, nämlich die Erfassung Behinderter vor allem zur Planung der erforderlichen Einrichtungen, steht mit ähnlichen Vorschriften und Maßnahmen außerhalb des Abschnitts 12 BSHG im Zusammenhang. Es handelt sich um Bemühungen in der Statistik, verläßliche Zahlen über Behinderte zur Planung der erforderlichen Einrichtungen zu ermitteln.

1. Mikrozensus-Erhebungen

130. Die umfassendste statistische Erhebung über die Gesamtzahl der körperlich und der geistig Behinderten ist bis heute im Rahmen des Mikrozensus der amtlichen Statistik erfolgt. Auf Grund des § 2 Nr. 1 des Gesetzes über die Durchführung einer Repräsentativstatistik der Bevölkerung und des Erwerbslebens (Mikrozensus) vom 16. März 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 213) wurden im Grundprogramm des Mikrozensus von 1957 bis 1962 jährlich Ergebnisse u. a. über körperlich und geistig behinderte Personen nach Art und Ursache der Behinderung ermittelt; wegen der von Jahr zu Jahr relativ geringen Veränderung wurde auf die Fortführung der jährlichen Ermittlung verzichtet. Im Rahmen der laufenden 1 v. H.-Erhebung des Mikrozensus wurde im April 1966 eine Zusatzbefragung über „körperlich und geistige Behinderung" durchgeführt. Dabei ist durch eine Befragung von 125 000 Haushalten mit etwa 340 000 Personen erneut die Zahl derjenigen ermittelt worden, die als Folge von Geburtsfehlern, Kriegseinflüssen, Krankheiten oder Unfällen dauernd oder langfristig an körperlichen oder geistigen Gebrechen leiden (Gesamtveröffentlichung dieser Zusatzbefragung beim Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart und Mainz; Auszug in „Wirtschaft und Statistik" 1968/7 S. 348 bis 352).

Auf Grund des § 1 Nr. 1 Buchstabe c der Vierten Verordnung über Zusatzprogramme zum Mikrozensus vom 22. Dezember 1971 (Bundesgesetzbl. I S. 2158) wird im April 1974 mit einem Auswahlsatz von ebenfalls 1 v. H. der Bevölkerung eine Befragung über „körperliche, geistige und seelische Behinderung von Kindern" durchgeführt werden. Damit sollen die Mikrozensus-Erhebungen von 1957 bis 1962 und 1966, die in erster Linie auf behinderte Erwachsene zugeschnitten waren, ergänzt werden. Von dieser Erhebung werden wichtige Unterlagen für die Planung von Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie für den Bedarf an Sonderschulen erwartet (amtliche Begründung, Bundesratsdrucksache 601/71). Der Mikrozensus kann jedoch nicht die Aufgabe einer Bundesstatistik über Behinderte erfüllen, da von ihm keine Aussagen über die regionale Verteilung der Behinderten und, da es sich um eine Haushaltsbefragung handelt, keine medizinisch gesicherten Angaben über die Behinderungen erwartet werden können. Es kommt hinzu, daß die Erteilung der Auskünfte über Krankheiten und Behinderungen freiwillig ist.

2. Bevölkerungsstatistisches Gesetz

131. Eine weitere gesetzliche Möglichkeit zur Ermittlung von Zahlen über Behinderte besteht — wenn auch nur für einen Teil der Gruppe der Körperbehinderten — auf Grund des Gesetzes über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes vom 4. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 694) in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 6. Januar 1971 (Bundesgesetzbl. I S. 9). Danach werden bei Lebend- und Totgeburten auf Zählkarten u. a. Geburtstag, Geschlecht und erkennbare Fehlbildungen eines Kindes erfaßt (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 a). Die Zählkarten werden monatlich an das Statistische Bundesamt übersandt und dort aufbereitet (§ 7).

3. Schaffung einer Gesamtstatistik über Behinderte

132. Wie bereits oben (Tz. 23) ausgeführt, soll Abschnitt 12 BSHG eine wesentliche gesetzliche Grundlage für die Schaffung einer Gesamtstatistik auf Bundesebene sein (vgl. Punkt 8 des Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten sowie Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage zu diesem Programm). Es gibt jedoch schon heute statistische Erhebungen einzelner Leistungsträger des gegliederten Systems — Unfallversicherung, Rentenversicherungen, Kriegsopferfürsorge, Sozialhilfe und Bundesanstalt für Arbeit. Diese bilden nicht nur die Basis für die von den Einzelträgern in ihrem Bereich zu treffenden Rehabilitationsmaßnahmen, sondern können auch — neben den Erhebungen auf Grund des Abschnitts 12 BSHG — eine wertvolle Grundlage bei der Schaffung der Gesamtstatistik sein. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Frankfurt (BAR) ist im Einvernehmen mit der Bundesregierung gegenwärtig darum bemüht, diese Teilstatistiken für eine Verwendung in der Gesamtstatistik aufzubereiten.

F. Ergebnis

133. Als Ergebnis des ersten Berichts der Bundesregierung nach § 126 c BSHG über die Durchführung und den Erfolg der Maßnahmen auf Grund der Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG sind folgende zusammenfassende Feststellungen zu treffen:

1. Maßnahmen auf Grund der genannten Bestimmungen werden in den dafür zuständigen Ländern erst seit kurzer Zeit durchgeführt. Es liegen noch sehr wenige, in manchen Punkten noch gar keine Erfahrungen vor. Deshalb lassen sich bisher nur Teilaussagen über Durchführung und Erfolg dieser gesetzlichen Bestimmungen machen. Eine abschließende Beurteilung muß dem zweiten Bericht nach § 126 c BSHG vorbehalten bleiben.

2. Die Durchführung der Maßnahmen auf Grund des Abschnitts 12 BSHG hat bisher vor allem bei den Ärzten und Gesundheitsämtern erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Gegenwärtig läßt sich jedoch noch nicht eindeutig übersehen, ob und bei welchen Maßnahmen es sich nur um Anlaufschwierigkeiten handelt oder ob die Schwierigkeiten im System der Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG begründet sind. Immerhin konnten die Gesundheitsämter bei der Durchführung ihrer Aufgaben auf frühere Erfahrungen zurückgreifen. Bei der Beratung Behinderter scheint es sich eher um Anlaufschwierigkeiten zu handeln; bei der Erfassung muß sehr genau beobachtet werden, ob sie durch die Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG ausreichend organisiert werden kann.

3. Die Durchführung der Bestimmungen des § 125 Abs. 1 und § 126 Nr. 1 BSHG über die Beratung Behinderter durch Ärzte und Gesundheitsämter hat bisher nicht den Stand erreicht, der die gebotenen Eingliederungsmaßnahmen für Behinderte als gesichert erscheinen läßt. Es wird darauf ankommen, diese Beratung zu intensivieren und sie mit der Beratung durch öffentliche und private Stellen, die ihre Grundlage außerhalb des Abschnitts 12 BSHG haben, zu koordinieren. In dem Netz aller vorhandenen und noch zu schaffenden Stellen zur Beratung Behinderter kommt hierbei dem Gesundheitsamt die Funktion einer allgemeinen Anlauf-, Auskunfts- und Beratungsstelle zu.

4. Die Durchführung der Bestimmungen des § 125 Abs. 2 und § 126 Nr. 3 BSHG über die Erfassung Behinderter ist bisher unzureichend und für die Schaffung verläßlicher Unterlagen zur Planung der erforderlichen Einrichtungen noch nicht geeignet. Genauere Aussagen können erst nach der Auswertung einer statistisch erheblichen Anzahl von Mitteilungsblättern gemacht werden. Immerhin zeichnet sich ab, daß eine lückenlose, fehlerfreie Erfassung Behinderter mit dem System der ärztlichen Mitteilungsblätter schwer erreichbar sein dürfte. Bereits vorhandene und künftige Möglichkeiten zur Erfassung Behinderter außerhalb des Abschnitts 12 BSHG können dessen Erfassungssystem ergänzen und eine wertvolle Hilfe bei der Schaffung einer Gesamtstatistik sein.

5. Eine hinreichende Beratung und Erfassung Behinderter nach den Bestimmungen in Abschnitt 12 BSHG setzen eine wesentliche Intensivierung der bisher eingeleiteten Maßnahmen voraus. Dringlich sind vor allem eine bessere personelle und sächliche Ausgestaltung der Gesundheitsämter und der Ausbau der landesärztlichen Dienste.

6. Die Aufklärung der Ärzte und der sonstigen in Abschnitt 12 BSHG verpflichteten Personen über die Aufgaben zur Sicherung der Eingliederung Behinderter muß verstärkt werden. Die Bevölkerung ist mehr als bisher über die Maßnahmen nach Abschnitt 12 BSHG zu unterrichten.

Anhang

zum ersten Bericht der Bundesregierung nach § 126 c Bundessozialhilfegesetz

Anhang 1

Auszug aus dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in der Fassung vom 18. September 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1688)

Abschnitt 12

Sonderbestimmungen zur Sicherung der Eingliederung Behinderter

§ 123

Allgemeines

Bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung gelten zur Sicherung der Eingliederung Behinderter die §§ 124 bis 126 c. Sie gelten nicht für Personen, die wegen ihrer Behinderung als Unfallverletzte nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder als Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, Entschädigungsleistungen erhalten. Den Behinderten im Sinne der §§ 124 bis 126 b stehen die von einer Behinderung Bedrohten gleich.

§ 124

Sicherung der Beratung Behinderter

(1) Eltern und Vormünder, die bei einer ihrer Personensorge anvertrauten Person eine Behinderung wahrnehmen oder durch die in Absatz 2 genannten Personen hierauf hingewiesen werden, haben den Behinderten unverzüglich dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen vorzustellen.

(2) Hebammen, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrern, Sozialarbeitern (Wohlfahrtspfleger), Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen und Heimerzieher, die bei Ausübung ihres Berufs bei den in Absatz 1 genannten Behinderten eine Behinderung wahrnehmen, haben die Personensorgeberechtigten auf die Behinderung und auf ihre Verpflichtung nach Absatz 1 hinzuweisen. Stellen die Personensorgeberechtigten auch nach wiederholtem Hinweis auf ihre Verpflichtung den Behinderten nicht dem Gesundheitsamt oder einem Arzt zur Beratung vor, haben die in Satz 1 genannten Personen das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

(3) Nehmen Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeitern (Wohlfahrtspfleger) bei Ausübung ihres Berufs eine Behinderung bei volljährigen Personen wahr, die nicht unter Vormundschaft stehen, so haben sie diesen Personen anzuraten, das Gesundheitsamt oder einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Eingliederungsmaßnahmen aufzusuchen. Mit ausdrücklicher Zustimmung dieser Personen haben sie das Gesundheitsamt und, wenn berufliche Eingliederungsmaßnahmen in Betracht kommen, das Arbeitsamt zu benachrichtigen.

(4) Behinderungen im Sinne der Absätze 1 bis 3 sind

1. eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, die auf dem Fehlen oder auf Funktionsstörungen von Gliedmaßen oder auf anderen Ursachen beruht,
2. Mißbildungen, Entstellungen und Rückgratverkrümmungen, wenn die Behinderungen erheblich sind,
3. eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Seh-, Hör- und Sprachfähigkeit,
4. eine erhebliche Beeinträchtigung der geistigen oder seelischen Kräfte

oder drohende Behinderungen dieser Art.

§ 125

Aufgaben der Ärzte

(1) Ärzte haben die in § 124 Abs. 1 genannten Personensorgeberechtigten sowie die in § 124 Abs. 3 genannten Behinderten über die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen zu beraten oder sie auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt und, wenn berufliche Eingliederungsmaßnahmen in Betracht kommen, durch das Arbeitsamt hinzuweisen; sie haben ihnen ein amtliches Merkblatt auszuhändigen, das über die Möglichkeiten gesetzlicher Hilfe einschließlich der Berufsberatung und über die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen, insbesondere ärztlicher, schulischer und beruflicher Art, unterrichtet.

(2) Zur Sicherung der in § 126 Nr. 3 genannten Zwecke haben die Ärzte die ihnen nach Absatz 1 bekanntwerdenden Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person des Behinderten alsbald dem Gesundheitsamt mitzuteilen; dabei sind die Namen der Behinderten und der Personensorgeberechtigten nicht anzugeben.

(3) Läßt ein Personensorgeberechtigter trotz wiederholter Aufforderung durch den Arzt die zur Eingliederung erforderlichen ärztlichen Maßnahmen nicht durchführen oder vernachlässigt er sie, so hat der Arzt das Gesundheitsamt alsbald zu benachrichtigen; er kann das Gesundheitsamt benachrichtigen, wenn ein Personensorgeberechtigter zur Eingliederung erforderliche sonstige Maßnahmen nicht durchführen läßt oder vernachlässigt.

(4) Der Bundesminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheitswesen und dem Bundesminister für Arbeit und

Sozialordnung sowie mit Zustimmung des Bundesrates Verwaltungsvorschriften zur Durchführung der Absätze 1 und 2.

§ 126

Aufgaben des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe,

1. Behinderte oder Personensorgeberechtigte über die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen im Benehmen mit dem behandelnden Arzt auch während und nach der Durchführung von Heil- und Eingliederungsmaßnahmen zu beraten; die Beratung ist mit Zustimmung des Behinderten oder des Personensorgeberechtigten im Benehmen mit den an der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen beteiligten Stellen oder Personen vorzunehmen. Steht der Behinderte schon in ärztlicher Behandlung, setzt sich das Gesundheitsamt mit dem behandelnden Arzt in Verbindung. Bei der Beratung ist ein amtliches Merkblatt (§ 125 Abs. 1 zweiter Halbsatz) auszuhändigen. Für die Beratung sind im Benehmen mit den Landesärzten die erforderlichen Sprechtage durchzuführen;
2. zur Einleitung der erforderlichen Eingliederungsmaßnahmen den zuständigen Sozialleistungsträger und, wenn berufliche Eingliederungsmaßnahmen in Betracht kommen, auch die Bundesanstalt für Arbeit mit Zustimmung des Behinderten oder des Personensorgeberechtigten zu verständigen;
3. die Unterlagen auszuwerten und sie zur Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung nach näherer Bestimmung der zuständigen obersten Landesbehörden weiterzuleiten. Bei der Weiterleitung der Unterlagen sind die Namen der Behinderten und der Personensorgeberechtigten nicht anzugeben.

§ 126 a

Landesärzte

(1) In den Ländern sind Landesärzte zu bestellen, die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügen.

(2) Die Landesärzte haben vor allem die Aufgabe,

1. die Gesundheitsämter bei der Einrichtung und Durchführung der erforderlichen Sprechtage zur Beratung Behinderter und Personensorgeberechtigter zu unterstützen und sich an den Sprechtagen zu beteiligen,
2. Gutachten für die Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind, sowie für die zuständigen Sozialleistungsträger zu erstatten,
3. die für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörden über den Erfolg der Erfassungs-, Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaßnahmen in der Hilfe für Behinderte regelmäßig zu unterrichten.

§ 126 b

Unterrichtung der Bevölkerung

Die Bevölkerung ist über die Möglichkeiten der Eingliederung von Behinderten und über die nach diesem Abschnitt bestehenden Verpflichtungen in geeigneter Weise regelmäßig zu unterrichten.

§ 126 c

Bericht der Bundesregierung

Die Bundesregierung legt dem Bundestag in jeder Legislaturperiode, erstmals zum 1. Oktober 1972, einen Bericht über die Durchführung und den Erfolg der Maßnahmen auf Grund der Bestimmungen dieses Abschnitts vor.

Anhang 2

Auszug aus dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in der Fassung vom 30. Juni 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 815)

Abschnitt 12

Sonderbestimmungen für Personen mit körperlicher Behinderung

§ 123

Allgemeines

Bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung gelten zur Sicherung wirksamer ärztlicher Maßnahmen für Personen mit körperlicher Behinderung oder drohender körperlicher Behinderung die §§ 124 bis 126. Sie gelten nicht für Personen, die wegen ihrer Behinderung als Unfallverletzte nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder als Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, Entschädigungsleistungen erhalten.

§ 124

Einleitung ärztlicher Maßnahmen

(1) Für Personen,

1. die in ihrer Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung ihres Stütz- oder Bewegungssystems nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind,
2. bei denen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes bestehen,
3. die blind oder von Blindheit bedroht sind,
4. die durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind oder
5. die durch eine Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind,

gelten die Absätze 2 bis 4.

(2) Ist der Behinderte oder von Behinderung Bedrohte geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt, so haben Hebammen und andere Medizinalpersonen, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen, die bei Ausübung ihres Berufs eine Behinderung oder eine drohende Behinderung nach Absatz 1 wahrnehmen, den Personensorgeberechtigten unter Hinweis auf seine Pflichten anzuhalten, den Behinderten oder von Behinderung Bedrohten einem Arzt vorzustellen. Lehnt der Personensorgeberechtigte dies ab, so haben die in Satz 1 genannten Personen das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

(3) Ärzte haben die Aufgabe,

1. die in Absatz 1 genannten Personen über die Notwendigkeit oder Möglichkeit einer ärztlichen Behandlung aufzuklären,
2. sie durch Aushändigung eines amtlichen Merkblattes über die gesetzlichen Hilfemöglichkeiten zu unterrichten.

(4) Ist der Behinderte oder von Behinderung Bedrohte geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt, haben die Ärzte die Aufgabe nach Absatz 3 gegenüber dem Personensorgeberechtigten. Lehnt dieser es ab, den Behinderten oder von Behinderung Bedrohten einer notwendigen Behandlung zuzuführen, oder vernachlässigt er die Behandlung, haben die Ärzte auch ohne sein Einverständnis das Recht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

§ 125

Landesarzt

(1) In jedem Land ist mindestens ein Landesarzt zu bestellen, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Personen mit körperlicher Behinderung verfügt.

(2) Dem Landesarzt obliegen vor allem folgende Aufgaben:

1. Einrichtung von Sprechtagen zur ärztlichen Beratung Behinderter oder von Behinderung Bedrohter und Beteiligung an den Sprechtagen,
2. Erstattung von Gutachten für die Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind, sowie für die Träger der Sozialhilfe,
3. regelmäßige Unterrichtung der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde über den Erfolg der Erfassungs-, Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaßnahmen in der Hilfe für Behinderte.

§ 126

Aufgaben des Gesundheitsamtes

Dem Gesundheitsamt obliegen folgende Aufgaben:

1. ärztliche Beratung von Personen mit körperlicher Behinderung oder drohender körperlicher Behinderung, auch während und nach der Durchführung von Heil- und Eingliederungsmaßnahmen; hierfür sind die erforderlichen Sprechtage durchzuführen,
2. Benachrichtigung des Trägers der Sozialhilfe oder des Trägers anderer Sozialleistungen zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen,
3. Einleitung unaufschiebbarer ambulanter oder stationärer ärztlicher Maßnahmen im Benehmen mit dem Träger der Sozialhilfe oder einem anderen zuständigen Träger, bei schon in ärztlicher Behandlung stehenden Personen auch im Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt,
4. Führung einer Kartei der betreuten Personen zur wissenschaftlichen Auswertung.

Anhang 3

Auszug aus dem Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen (Körperbehindertengesetz) vom 27. Februar 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 147)

§ 1

Begriffsbestimmung

(1) Körperbehinderte im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die durch eine Fehlform oder Fehlfunktion des Stütz- und Bewegungssystems oder durch Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes dauernd in ihrer Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sind oder in Zukunft voraussichtlich sein werden. Dieses Gesetz findet auch Anwendung auf Seelentaube und Hörstumme.

(2) Von einer Körperbehinderung bedroht im Sinne dieses Gesetzes sind Personen mit einem angeborenen oder erworbenen Leiden des Stütz- und Bewegungssystems, das voraussichtlich zu einer dauernden Fehlform oder Fehlfunktion führt und die Erwerbsfähigkeit auf die Dauer wesentlich zu beeinträchtigen droht.

(3) Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf Personen mit Schädigungen im Sinne der Absätze 1 und 2, die wegen dieser Schädigungen auf Grund des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung und des Bundesversorgungsgesetzes mit Ausnahme des Personenkreises nach § 45 Abs. 3 Buchstabe b des Bundesversorgungsgesetzes Entschädigungsleistungen erhalten.

§ 3

Einleitung ärztlicher und fürsorgerischer Maßnahmen

(1) Eltern, Vormünder und Pfleger sind verpflichtet, die ihrer Sorge anvertrauen Personen unverzüglich einem Arzt vorzustellen, wenn sie bei ihnen eine Körperbehinderung oder die drohende Gefahr einer solchen wahrnehmen; dies gilt auch für Personen, denen die Sorge oder Obhut, wenn auch nur zeitweise, übertragen ist.

(2) Hebammen und andere Medizinalpersonen, Lehrer und Fürsorger, die bei Ausübung ihres Berufs eine Körperbehinderung oder die drohende Gefahr einer solchen wahrnehmen, haben die Sorgepflichtigen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Absatz 1 anzuhalten. Sie sind verpflichtet, dem Gesundheitsamt Meldung zu erstatten, wenn die Sorgepflichtigen ihrer Verpflichtung nicht nachkommen.

(3) Ärzte sind verpflichtet, Personen mit Schädigungen im Sinne des § 1 Abs. 1 und 2, im Falle ihrer Minderjährigkeit deren Eltern oder sonstige Sorgepflichtigen, über die Notwendigkeit oder Möglichkeit einer ärztlichen Behandlung zu belehren und sie durch Aushändigung eines amtlichen Merkblattes über die Hilfsmöglichkeiten nach diesem Gesetz zu unterrichten. Personen nach Satz 1 sind dazu anzuhalten, unverzüglich die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes aufzusuchen; sind sie einverstanden, benachrichtigt der Arzt von sich aus das Gesundheitsamt. Besteht der begründete Verdacht, daß im Falle der Minderjährigkeit oder der Unmündigkeit die Eltern oder sonstige sorgepflichtige Personen zum Nachteil ihrer Pflegebefohlenen eine notwendige Behandlung nicht einleiten oder die Behandlung vernachlässigen, so hat der Arzt auch ohne deren Einverständnis das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

§ 4

Organisation

(1) Innerhalb jedes Landes ist mindestens ein Arzt als Landesarzt zu bestellen, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der Körperbehindertenfürsorge verfügt.

(2) Die Gesundheitsämter haben die ärztliche Beratung für Körperbehinderte durchzuführen.

(3) Die freiberuflich tätigen Ärzte wirken im Rahmen dieses Gesetzes mit.

§ 5

Aufgaben der ärztlichen Stellen

(1) Dem Landesarzt obliegen folgende Aufgaben:

a) Organisation und Durchführung von Sprechtagen zur ärztlichen Beratung für Körperbehinderte sowie Beteiligung an ihnen,

b) Erstattung von Gutachten für die für das Gesundheits- und das Fürsorgewesen zuständige Landesbehörde sowie für die Träger der Fürsorge für Körperbehinderte,

c) regelmäßige Unterrichtung der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde über den Erfolg der Vorbeugungs-, Erfassungs- und Bekämpfungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Fürsorge für Körperbehinderte.

(2) Aufgaben der ärztlichen Beratung für Körperbehinderte bei den Gesundheitsämtern sind

a) Veranstaltung von Sprechtagen für Körperbehinderte,

b) Einleitung eines ambulanten oder stationären Heilverfahrens einschließlich der Versorgung mit orthopädischen Hilfsmitteln (ärztliche Maßnahmen) für die in § 1 Abs. 1 und 2 genannten Personen, die noch nicht wegen ihres Leidens in ärztlicher Behandlung stehen,

c) Einleitung zusätzlicher ärztlicher Maßnahmen für die bereits wegen ihres Leidens in ärztlicher Behandlung stehenden Personen im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

d) Benachrichtigung des Fürsorgeverbandes zur Einleitung fürsorgerischer Maßnahmen, auch wenn ärztliche Maßnahmen nicht vorgesehen sind,

e) Aufstellung eines Heil- und Eingliederungsplanes einschließlich der Festlegung der erforderlichen Maßnahmen zur Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln im Einvernehmen mit dem Landesarzt und dem Fürsorgeverband, wobei die behandelnden Ärzte und im Hinblick auf die spätere berufliche Eingliederung in das Erwerbsleben die zuständige Dienststelle der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zu beteiligen sind,

f) Überwachung der Durchführung des Heil- und Eingliederungsplanes einschließlich der erforderlichen Nachuntersuchungen der betreuten Personen durch die ärztliche Leitung,

g) Führung einer Kartei der betreuten Personen zur wissenschaftlichen Auswertung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

(3) Soweit für die in § 1 Abs. 1 und 2 genannten Personen Ansprüche gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Ersatzkasse bestehen, ist vor Einleitung ärztlicher Maßnahmen nach Absatz 2 Buchstaben b und c und bei Aufstellung der Teile des Heil- und Eingliederungsplanes (Absatz 2 Buchstabe e), für welche die Krankenversicherung die Kosten tragen oder Zuschüsse leisten soll, die zuständige Krankenkasse zu beteiligen.

(4) Freiberuflich tätige Ärzte, welche Personen nach § 1 Abs. 1 oder 2 behandeln, können beim Landesarzt ein Heilverfahren entsprechend Absatz 2 Buchstabe b beantragen. Der Landesarzt hat seine Entscheidung über den Heilplan im Einvernehmen mit dem Fürsorgeverband zu treffen und im Hinblick auf die spätere berufliche Eingliederung in das Erwerbsleben die zuständige Dienststelle der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zu beteiligen.

Anhang 4

Auszug aus der Preußischen Gesetzsammlung 1920 (S. 280) (Nr. 11893)
Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge
Vom 6. Mai 1920

§ 1

Der § 31 des Gesetzes, betreffend die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz, vom 8. März 1871 — Gesetzsamml. S. 130 — in der Fassung des Artikels I des Gesetzes vom 11. Juli 1891 — Gesetzsamml. S. 300 — erhält folgende Fassung:

Die Landarmenverbände — in der Provinz Ostpreußen der Landarmenverband der Provinz — sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Krüppeln unter achtzehn Jahren umfaßt diese Fürsorge auch die Erwerbsbefähigung der Krüppel.

§ 2

Die Fürsorge für Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung gehören zu den Aufgaben der Land- und Stadtkreise. Die Aufsichtsbehörde ist befugt, diese Kreise nötigenfalls zur Erfüllung der Verpflichtung anzuhalten.

§ 3

(1) Ein Arzt, der in Ausübung seines Berufs bei einer Person unter achtzehn Jahren eine Verkrüppelung wahrnimmt, ist verpflichtet, hiervon binnen einem Monat unter Bezeichnung des Krüppels und der Verkrüppelung Anzeige zu erstatten.

(2) Wer als Arzt oder Hebamme Geburtshilfe leistet, ist verpflichtet, das mit seiner Hilfe geborene Kind auf die Anzeichen von Verkrüppelung zu untersuchen und, falls solche sich vorfinden, die gleiche Anzeige zu erstatten.

(3) Eine Anzeigepflicht besteht nicht, wenn eine nach diesem Gesetz ausreichende Anzeige bereits früher erstattet worden ist.

(4) Verletzungen der Anzeigepflicht werden mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu vier Wochen bestraft.

§ 4

(1) Lehrer (Lehrerinnen), welche gelegentlich des zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht erteilten Unterrichts oder des Ersatzunterrichts hierfür bei ihren Schülern Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet, diese Schüler namhaft zu machen.

(2) Die näheren Vorschriften zur Durchführung dieser Bestimmung erläßt der Minister für Volkswohlfahrt im Verordnungswege. Die Verordnungen sind durch die Regierungsamtsblätter derjenigen Bezirke bekannt zu machen, in welchen sie Geltung erlangen sollen, und treten mit dem achten Tage nach Ablauf desjenigen Tages, an welchem das betreffende Stück des Amtsblatts ausgegeben ist, in Kraft. Für die Nichtbefolgung der in der Verordnung gegebenen Vorschriften können Geldstrafen bis zu einhundertfünfzig Mark oder Haft bis zu vier Wochen angedroht werden.

§ 5

Ärzte sowie solche Krankenpflegepersonen und sonstige Fürsorgeorgane, welche gelegentlich ihrer Berufsausübung bei jugendlichen Personen unter 18 Jahren die Anzeichen drohender Verkrüppelung beobachten, sind verpflichtet, diese der im § 6 dieses Gesetzes bezeichneten Stelle namhaft zu machen.

§ 6

Die in den §§ 3, 4, 5 vorgesehenen Anzeigen sind an das zuständige Jugendamt zu richten. Für den Zeitraum, bis alle Stadt- und Landkreise auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Jugendämter haben, bestimmt der Minister für Volkswohlfahrt im Verordnungswege die Stelle, an welche die Anzeige zu richten ist.

Auf diese Verordnung finden die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 Anwendung.

§ 7

Auf Grund von Anzeigen, die nach § 5 eingehen, kann die unter Umständen auch zu wiederholende Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses angeordnet werden, ob die nötigen Maßnahmen zur Verhütung dauernder Verkrüppelung getroffen sind.

§ 8

Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern. In dieser Fürsorgestelle wird Beratung für Krüppel oder für solche Personen unter achtzehn Jahren erteilt, die der Gefahr der Verkrüppelung ausgesetzt sind. Die Beratungsstelle beantragt die Einleitung der notwendig erscheinenden Maßnahmen.

§ 9

Eine Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine Person (Krüppel) infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlens eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauch ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert ist, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird.

§ 10

Mit der Ausführung dieses Gesetzes wird der Minister für Volkswohlfahrt beauftragt.

§ 11

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem 1. Oktober 1920 in Kraft.

(2) Soweit den in § 1 bezeichneten Verbänden geeignete Anstalten in ausreichender Anzahl nicht zur Verfügung stehen, kann der Minister bis zum 31. März 1926 Befreiung von der Verpflichtung zur Anstaltsunterbringung gewähren.

Anhang 5

Auszug aus der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) in der Fassung vom 15. Dezember 1924 (RGBl. I S. 779)

Zweites Buch

Krankenversicherung

Zweiter Abschnitt

Gegenstand der Vesicherung

I a. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten

(eingefügt durch das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 21. Dezember 1970, Bundesgesetzbl. I S. 1770)

§ 181

Vorsorgeuntersuchung

(1) Versicherte haben zur Sicherung der Gesundheit Anspruch auf folgende Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten:

1. Kinder bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden,
2. Frauen vom Beginn des dreißigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
3. Männer vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(2) § 182 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschließt das Nähere über die Art der Untersuchungen, die den in § 181 a Abs. 1 unter Nummern 1 bis 4 genannten Erfordernissen zu entsprechen haben.

§ 181 a

Weitere Maßnahmen durch Rechtsverordnung

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, über § 181 hinaus weitere Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten vorsehen, wenn

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfaßbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

(2) Die Rechtsverordnung hat die anspruchsberechtigten Personen, insbesondere nach Alter und Geschlecht zu bezeichnen und zu bestimmen, in welchen Zeitabständen die Maßnahmen in Anspruch genommen werden können.

§ 181 b

Vorlage des Berechtigungsscheins

Bei Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ist dem Arzt ein Berechtigungsschein vorzulegen.

§ 182

Umfang

(2) Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Anhang 6

Auszug aus dem Gemeinsamen Ministerialblatt, 21. Jahrgang, Nr. 22 vom 4. August 1970, Seite 364

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes

Vom 21. Juli 1970

Nach § 125 Abs. 4 des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. September 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1688) wird im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift erlassen:

§ 1

Zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes haben die zuständigen Behörden die in den §§ 2 bis 4 genannten Aufgaben.

§ 2

Die Ärzte sind über Inhalt und Zweck der Vorschriften des Abschnitts 12 des Gesetzes sowie über die Möglichkeiten der Eingliederung Behinderter schriftlich zu unterrichten. Der Unterrichtung ist der Text der Vorschriften beizufügen.

§ 3

(1) Das nach § 125 Abs. 1 des Gesetzes auszuhändigende Merkblatt ist den Ärzten in genügender Anzahl zur Verfügung zu stellen. Das Merkblatt muß den Text der Anlage 1 enthalten; er soll unter Berücksichtigung regionaler oder örtlicher Gegebenheiten ergänzt werden.

(2) Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, daß sie dem Behinderten oder seinem Personensorgeberechtigten das Merkblatt stets auszuhändigen haben, unabhängig davon, ob sie diese Personen über die Eingliederungsmaßnahmen selbst beraten oder nach § 125 Abs. 1 erster Halbsatz des Gesetzes auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt und das Arbeitsamt hinweisen.

§ 4

(1) Zur Sicherung einer einheitlichen und ausreichenden Mitteilung nach § 125 Abs. 2 des Gesetzes sind den Ärzten Mitteilungsblätter zur Verwendung für die Mitteilung an das Gesundheitsamt in genügender Anzahl zur Verfügung zu stellen. Die Mitteilungsblätter haben die sich aus Anlage 2 ergebende Fassung.

(2) Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, daß sie das ausgefüllte Mitteilungsblatt auch dann dem Gesundheitsamt zu übersenden haben, wenn sie den Behinderten oder seinen Personensorgeberechtigten über die Eingliederungsmaßnahmen nicht selbst beraten.

(3) Die Ärzte sind dazu anzuhalten, die ausgefüllten Mitteilungsblätter alsbald, spätestens innerhalb der ersten zwei Wochen eines jeden Kalendervierteljahres für das vorangegangene Kalendervierteljahr an das für den Ort ihrer Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zu übersenden. Wohnt der Behinderte im Bezirk eines anderen Gesundheitsamtes oder hat er dort seinen gewöhnlichen Aufenthalt, so hat das Gesundheitsamt das Mitteilungsblatt an das für den Wohnort oder den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts des Behinderten zuständige Gesundheitsamt weiterzuleiten.

Bonn, den 21. Juli 1970

S 4 — 510 113/3

Der Bundesminister für Jugend,
Familie und Gesundheit
Käte Strobel

Der Bundesminister des Innern
In Vertretung
Dr. Schäfer

noch Anhang 6

Anlage 1

(zu § 3 Abs. 1)

Merkblatt über Hilfen für Behinderte *)

I. ....

(unter I. soll ein einführender Hinweis auf die Hilfe für Behinderte als Aufgabe der Gemeinschaft gegeben werden.)

II. Empfänger der Hilfen

Hilfen können ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erhalten

Personen mit körperlichen Behinderungen (z. B. Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, Fehlen von Gliedmaßen, Fehlbildungen von Gliedmaßen, Lähmungen, Folgeerscheinungen von Hirnschäden, Rückgratverkrümmungen, Hüftgelenkschäden),

Personen, die blind oder wesentlich sehbehindert sind,

Personen mit Gehörschäden oder Sprachstörungen,

Personen, die geistig behindert sind,

Personen mit seelischen Behinderungen oder Störungen,

Personen, bei denen eine der genannten Behinderungen einzutreten droht.

III. Aufgabe der Hilfe

Die Hilfe soll

drohenden Behinderungen vorbeugen,

vorhandene Behinderungen heilen oder bessern,

die Folgen der Behinderungen beseitigen oder mildern,

dazu beitragen, daß die Behinderten am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können, soweit die Behinderung dies zuläßt, vor allem, daß sie einen Beruf oder eine sonstige Tätigkeit ausüben können.

IV. Beratung

Der erste Schritt zu einer wirksamen Hilfe ist eine rechtzeitige Beratung. Die Beratung erfolgt in aller Regel zunächst durch den Arzt und das Gesundheitsamt. Sie haben dabei die Aufgabe, auf die Möglichkeit einer weiteren Beratung durch andere Stellen hinzuweisen. Solche Stellen sind insbesondere die Sozialämter und für berufliche Fragen die Arbeitsämter. Auch die Selbsthilfeorganisationen der Behinderten, die Wohlafhrtsverbände sowie die Sondereinrichtungen für Behinderte geben Auskunft.

V. Hilfegewährende Stelle

Welche Stelle im Einzelfall für die Durchführung der Maßnahmen und die Übernahme der Kosten zuständig ist, ist für den Behinderten mitunter schwer zu übersehen. Daher hat das Gesundheitsamt die Aufgabe — die Zustimmung des Behinderten oder seines Personenberechtigten vorausgesetzt —, mit dem für die Hilfeleistung zuständigen Sozialleistungsträger Verbindung aufzunehmen. Dieser leitet dann die notwendigen Maßnahmen ein.

Vor allem kommen folgende Leistungsträger in Betracht:

1. gesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen,
2. gesetzliche Unfallversicherungsträger (insbesondere Berufsgenossenschaften), die den Versicherten bei Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten Leistungen gewähren,
3. Landesversicherungsanstalten, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte oder die Bundesknappschaft, soweit die Behinderten entweder selbst rentenversichert oder als Angehörige oder Hinterbliebene rentenversicherter Personen leistungsberechtigt sind,
4. Versorgungsämter, Hauptfürsorgestellen, Fürsorgestellen, die Kriegsbeschädigten sowie Beschädigten mit Anspruch nach dem Häftlingshilfegesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz und dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst Leistungen gewähren,
5. Arbeitsämter, die außer der Berufsberatung und der Arbeitsvermittlung besondere Maßnahmen zur Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, vor allem Ausbildung, Fortbildung und Umschulung durchführen, soweit nicht die zuvor genannten Leistungsträger in Frage kommen,
6. Träger der Sozialhilfe, soweit keiner der vorgenannten Leistungsträger oder kein anderer Leistungsträger für die Hilfegewährung zuständig ist.

Steht nicht fest, welcher Leistungsträger für die Hilfe zuständig ist, duldet aber die Hilfe keinen Aufschub, hat zunächst der Träger der Sozialhilfe die notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Bei Maßnahmen der beruflichen Bildung (Ausbildung, Fortbildung, Umschulung) ist jedoch das Arbeitsamt zur Voraushilfe verpflichtet.

VI. Maßnahmen der Hilfe

Welche Hilfen gewährt werden, richtet sich ganz nach den Erfordernissen des einzelnen Falles. Hilfe

*) GMBl. 1970, Nr. 22, Seite 365

kommt je nach den besonderen Umständen für ärztliche, vorschulische, schulische, berufliche oder sonstige Eingliederungsmaßnahmen in Betracht. Im einzelnen ist es möglich, vor allem für folgende Maßnahmen Hilfen zu erhalten:

1. für ärztliche Behandlung oder vom Arzt verordnete Maßnahmen (z. B. chirurgische Eingriffe, orthopädische Behandlungen, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Bäder, sprachpädagogische Übungen),
2. für die Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
3. für eine Förderung behinderter Kinder im vorschulischen Alter,
4. für eine angemessene Schulbildung,
5. für berufliche Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung,
6. für die Ausbildung zu einer sonstigen angemessenen Tätigkeit, wenn wegen der Schwere der Behinderung eine berufliche Ausbildung nicht möglich ist,
7. für die Vermittlung von Fähigkeiten zu einfachen Verrichtungen bei besonders schwer Behinderten,
8. für die Erhaltung oder Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
9. für die Sicherung des Heilerfolges,
10. für die Sicherung des Lebensunterhalts des Behinderten und, soweit nötig, seiner Angehörigen.

VII. Kosten

Die Kosten trägt in der Mehrzahl der Fälle der für den Behinderten zuständige Leistungsträger. Nach den gesetzlichen Bestimmungen gibt es Fälle, in denen dem Behinderten und seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen je nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen zugemutet wird, zu den Kosten der Hilfemaßnahmen beizutragen. Nähere Auskunft darüber erteilen die Leistungsträger.

Anlage 2
(zu § 4 Abs. 1)

Mitteilung über eine Behinderung nach § 125 Abs. 2 BSHG *)

(zu den Fragen 2., 5., 6.1. bis 7.2: Zutreffendes bitte ankreuzen)

Zur Ausfüllung s. Hinweis 2

Land	Kreis

Lsp. 1—5

I. Angaben zur Person des Behinderten

1. Geburtsdatum: ....

Tag	Monat	Jahr

Lsp. 6—11

2. Geschlecht: ....

männlich	1
weiblich	2

Lsp. 12

3. Wohnort oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts: ____________
(nur angeben, wenn dieser außerhalb des Bezirks des Gesundheitsamts liegt, in dem sich der Ort der Berufsausübung des Arztes befindet)

II. Angaben über die Behinderung und die erforderlichen Maßnahmen

4. Krankheitsbezeichnung, Folgezustand:

5. Art der vorhandenen oder drohenden Behinderung:

nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, die auf Fehlen oder Funktionsstörungen von Gliedmaßen (mit Ausnahme von Mißbildungen) oder auf anderen Ursachen beruht	1
Mißbildungen, Entstellungen und Rückgratverkrümmungen, wenn die Behinderungen erheblich sind	2
nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Sehfähigkeit	4
der Hörfähigkeit	8
der Sprachfähigkeit	16
erhebliche Beeinträchtigung der geistigen oder seelischen Kräfte	32

Lsp. 13—14

Lsp. 15—26

Lsp. 27—38

6.1. Sind ärztliche Eingliederungsmaßnahmen erforderlich?

ja	1
nein	0

Lsp. 39

6.2. Empfiehlt es sich, die ärztlichen Eingliederungsmaßnahmen durchzuführen

ambulant	1
teilstationär	2
stationär?	3

Lsp. 40

6.3. Halten Sie sonstige (z. B. schulische oder berufliche) Eingliederungsmaßnahmen für erforderlich?

ja	1
nein	0

Lsp. 41

7.1. Hat der Behinderte wegen der Behinderung bereits einen Arzt aufgesucht?

ja	1
nein	0

Lsp. 42

7.2. Haben Sie den Behinderten bzw. seinen Personensorgeberechtigten auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt hingewiesen?

ja	1
nein	0

Lsp. 43

Ort und Datum — Stempel des Arztes

1. **Hinweis für Ärzte:** Ausgefüllte Mitteilungsblätter sind alsbald, spätestens innerhalb der ersten 2 Wochen eines jeden Kalendervierteljahres für das vorangegangene Kalendervierteljahr an das für den Ort der Berufsausübung des Arztes zuständige Gesundheitsamt zu übersenden (§ 125 Abs. 2 BSHG in Verbindung mit § 4 Abs. 3 der hierzu erlassenen Verwaltungsvorschrift).

2. **Hinweis für die Gesundheitsämter:** Die Kennzahlen sind durch das für den Wohnort oder den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts des Behinderten zuständige Gesundheitsamt einzutragen.

*) GMBl. 1970, Nr. 22, Seite 367

GMBl. 1970, S. 364

Anhang 7

Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder

Hamburg, den 20. April 1972

Ergebnisniederschrift über die 77. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) am 18./19. April 1972 in Hamburg

(Auszug)

14. Entwurf zur Neufassung des Abschnittes 12 des Bundessozialhilfegesetzes

Berichterstatter: Vorsitzender der Arbeitsgruppe BSHG und Gesundheitsamt

Dr. Maier legte dem auf der 76. Sitzung der AGLMB zu Punkt 14 a gefaßten Beschluß entsprechend einen Entwurf zur Neufassung des Abschnittes 12 des BSHG vor und führte u. a. aus, daß nach Auffassung der Arbeitsgruppe BSHG und Gesundheitsamt der zum 1. Oktober 1972 zu erstattende Bericht der Bundesregierung nicht nur die zu erwartende negative Kritik enthalten sollte, sondern bereits konstruktive Vorschläge wie z. B. den vorgeschlagenen Entwurf.

In der Diskussion wurden die Änderungsvorschläge auf Grund der bisherigen Erfahrungen als notwendig angesehen, jedoch Bedenken dagegen erhoben, daß diese bereits vor Erstattung des von der Bundesregierung zum 1. Oktober 1972 geforderten Erfahrungsberichts veröffentlicht werden.

Der Entwurf zur Neufassung des Abschnittes 12 BSHG wurde in der Fassung der Anlage 2 zu dieser Ergebnisniederschrift beschlossen. Er soll dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zur Verfügung gestellt werden, wenn sich aus dem zum 1. Oktober 1972 zu erstattenden Erfahrungsbericht der Bundesregierung ergibt, daß entsprechende Konsequenzen gezogen werden müssen.

noch Anhang 7

Anlage 2 zur Ergebnisniederschrift über die 77. Sitzung der AGLMB
Entwurf zur Neufassung des Abschnittes 12 BSHG

§ 123
unverändert

§ 124
unverändert

§ 125
Aufgaben der Ärzte

Abs. (1) unverändert

(2) Um die Eingliederung Behinderter zu sichern, haben die Ärzte den Personensorgeberechtigten nach § 124 Abs. 1 und den Behinderten nach § 124 Abs. 3 eine Bescheinigung über den Befund und die verordneten Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 40 Abs. 1 Nr. 1 auszustellen und sie aufzufordern, sie dem Gesundheitsamt, zum Zweck beruflicher Eingliederungsmaßnahmen auch beim Arbeitsamt, vorzulegen.

(3) Läßt ein Sorgeberechtigter wiederholte Aufforderungen eines Arztes unbeachtet, bei seiner Sorgepflicht anvertrauten Behinderten Eingliederungsmaßnahmen vornehmen zu lassen, oder vernachlässigt oder verweigert er die Mitwirkung an solchen Maßnahmen, so hat der Arzt ... (wie bisher).

§ 126
Aufgaben des Gesundheitsamtes

unverändert

§ 126 a
Landesärzte

(1) Die obersten Landesgesundheitsbehörden haben Landesärzte zu bestellen, die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügen.

(2) Nummern 1 und 2 unverändert.

3. die für Eingliederungsmaßnahmen zuständigen Landesbehörden bei der Planung erforderlicher Einrichtungen zu beraten und jährlich einen Erfahrungsbericht mit Verbesserungsvorschlägen vorzulegen.

§ 126 b und § 126 c
unverändert

Redaktioneller Vorschlag für eine Neufassung des § 126 b:

Die Öffentlichkeit ist über Maßnahmen der Eingliederungshilfe, die Möglichkeiten der Eingliederung von Behinderten und die Pflichten der zuständigen Behörden regelmäßig in geeigneter Form zu unterrichten.

Anhang 8

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

H II 4 — 43012 — 579/71

53 Bonn-Bad Godesberg, den 5. Mai 1972

Schnellbrief

An die obersten Landesgesundheitsbehörden

nachrichtlich
Bundesgesundheitsamt
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
oberste Landessozialbehörden

Betr.: Bericht der Bundesregierung nach § 126 c BSHG;
hier: Beiträge der Länder

Bezug: Entschließungen zu TOP 11 und 12 der 28. Sitzung der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 28./29. Oktober 1971 in Hamburg

Anlage: — 3 —

Die Bundesregierung hat dem Deutschen Bundestag in jeder Legislaturperiode, erstmals zum 1. Oktober 1972, einen Bericht über die Durchführung und den Erfolg der Maßnahmen auf Grund des 12. Abschnitts des BSHG (Sicherung der Eingliederung Behinderter) vorzulegen (§ 126 c BSHG). Da die Durchführung des BSHG den Ländern obliegt, bildet deren Stellungnahme die Grundlage des Berichts.

Die Vorschriften des 12. Abschnitts dienen der umfassenden Sicherung der Eingliederung grundsätzlich aller Behinderten und von einer Behinderung Bedrohten, gleichgültig, ob sie gesetzliche Leistungen nach dem BSHG oder anderen Sozialleistungsgesetzen oder ob sie überhaupt gesetzliche Leistungen erhalten. Die Vorschriften sind vorwiegend gesundheitsrechtlicher Art (so schon für die alte Fassung Drucksache 1799 der 3. Wahlperiode, S. 61) und gehen über den Rahmen des Leistungsrechts nach dem BSHG hinaus (amtliche Begründung, Drucksache V/3495, S. 18). Auch inhaltlich sind die vorgesehenen Maßnahmen umfassend und betreffen neben der ärztlichen auch die sonstige, insbesondere schulische und berufliche Eingliederung (vgl. § 125 Abs. 1 zweiter Halbsatz und § 126 Nr. 1 Satz 1 BSHG).

Die Sicherung der Eingliederung soll nach dem Gesetz insbesondere durch Maßnahmen der Beratung sowie der Sammlung und Auswertung von statistischen Unterlagen erreicht werden. Im einzelnen erläutert die amtliche Begründung des Regierungsentwurfs eines 2. Änderungsgesetzes zum BSHG (Drucksache V/3495, S. 18) dieses doppelte Ziel dahin,

1. daß die Behinderten frühzeitig über die für sie in Betracht kommenden Maßnahmen der Eingliederung beraten werden, damit sie sich in die notwendige ärztliche Behandlung begeben oder von anderen Maßnahmen der Rehabilitation, etwa schulischer oder beruflicher Art, Gebrauch machen können,
2. daß die Unterlagen über die Anzahl der Behinderten und über Art und Schwere ihrer Behinderung gesammelt und ausgewertet werden, damit eine rechtzeitige und umfassende Planung über die Errichtung zweckentsprechender und ausreichender Rehabilitationseinrichtungen möglich ist.

Die nach §§ 124 bis 126 b BSHG unter Einbeziehung der zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 erlassenen Allgemeinen Verwaltungsvorschrift vorgesehenen gesundheitsrechtlichen Maßnahmen verschiedener Personengruppen bzw. Behörden sind in Anlage 3 gesondert aufgeführt (Vorschlag der Arbeitsgruppe BSHG und Gesundheitsamt der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder vom 3. März 1972).

Wegen des vorwiegend gesundheitsrechtlichen Charakters des 12. Abschnitts des BSHG wendet sich die Bundesregierung mit ihrer Bitte um Stellungnahme an die obersten Gesundheitsbehörden der Länder. Sie verweist hierbei auf die Beratungen der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder auf ihrer 28. Sitzung am 28./29. Oktober 1971 in Hamburg (vgl. Entschließung zu TOP 11 und 12 Nr. 3 — Text der Gesamtentschließung vgl. Anlage 2).

Ich stimme insbesondere auch mit der in der Entschließung getroffenen Feststellung überein, daß die in Abschnitt 12 geregelte Hilfs- und Koordinierungsfunktion des Gesundheitsamtes zur Sicherung der Eingliederung Behinderter erhalten bleiben muß. Mir ist bekannt, daß Teile des Abschnitts 12 der Kritik unterworfen sind.

Ich bitte Sie, unter Berücksichtigung der vorhergehenden Ausführungen den als Anlage 1 beigefügten Fragenkatalog zu beantworten und dabei nicht nur positiv- oder negativ-kritische Feststellungen zu treffen, sondern evtl. auch Änderungsvorschläge zu machen.

Da im Abschnitt 12 des BSHG verschiedene Bereiche — allerdings in sehr unterschiedlichem Umfange —

angesprochen sind, stelle ich eine Beteiligung sonstiger oberster Landesbehörden sowie auch der Landesärztekammern anheim. Den obersten Landessozialbehörden ist je ein Abdruck dieses Schreibens mit Anlagen nachrichtlich zugeleitet worden.

Zum 12. Abschnitt des BSHG wird das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ferner an die auf Bundesebene vorhandenen ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften, ärztlichen Dachorganisationen sowie Behindertenorganisationen folgende Anfrage richten:

1. Reichen die gesetzlichen Bestimmungen aus, um Behinderungen oder Fehlbildungen so frühzeitig wie möglich zu erkennen?
2. Reichen die gesetzlichen Bestimmungen aus, um die Eingliederung Behinderter zu sichern?
3. Werden Verbesserungen, wenn ja, welche für erforderlich gehalten?

Das Bundesgesundheitsamt wird im Hinblick auf die von der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder auf der genannten 28. Sitzung unter TOP 12 Nr. 1 und 2 zustimmend zur Kenntnis genommenen Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder (vgl. Text Anlage 2) von diesem Schreiben und gesondert über einen von ihm zu erstellenden Bericht zur wissenschaftlichen Auswertung der bisher eingegangenen Mitteilungsblätter unterrichtet.

Da der Bericht dem Deutschen Bundestag am 1. Oktober 1972 vorliegen muß, wäre ich für Ihre Stellungnahme bis zum 15. Juli 1972 dankbar.

Im Auftrag

Dr. Rachold

noch Anhang 8

a) Anlage 1

Fragenkatalog für § 126 c BSHG

1 Maßnahmen bestimmter Personengruppen

§ 124 Abs. 1 bis 3 BSHG (vgl. Ziffer 1 der Anlage 3)

1.1 Läßt sich belegen, besonders aus der Praxis der Gesundheitsämter, daß

1.1.1 die in § 124 Abs. 1 bis 3 genannten Betreuungspersonen hinreichend umschrieben sind?

1.1.2 die dort geregelten Pflichten

1.1.2.1 von diesen Betreuungspersonen befolgt werden?

1.1.2.2 diese Betreuungspersonen erkennbar dazu beitragen, die Beratung Behinderter zu sichern?

1.1.3 Haben Sie zu den Antworten zu 1.1.1 und 1.1.2 zusätzliche Angaben und Vorschläge zu machen?

1.2 § 124 Abs. 4 BSHG

1.2.1 Hat sich die Aufzählung der Behinderungen in § 124 Abs. 4, die absichtlich in einer allgemein verständlichen Sprache abgefaßt ist, in der Praxis bewährt?

1.2.2 Werden Verbesserungen vorgeschlagen, als

1.2.2.1 Erweiterung des Katalogs

1.2.2.2 Generalklausel

2 Maßnahmen der zuständigen Behörden

AVV zur Durchführung des § 125 BSHG (vgl. Ziffer 2 der Anlage 3)

2.1 Sind Sie der Meinung, daß die in der AVV genannten Maßnahmen ausreichend sind, um für die Ärzte die Voraussetzungen für eine Sicherung der Eingliederung Behinderter zu erbringen?

2.2 Wann und auf welchem Wege sind Ärzte über die Vorschriften der AVV informiert, und ärztliche und amtliche Merkblätter sowie die Mitteilungsblätter den Ärzten bzw. Gesundheitsämtern zugeleitet worden?

2.3 Schlagen Sie eine Änderung der AVV vor?

3 Maßnahmen der Ärzte

§ 125 BSHG (vgl. Ziffer 3 der Anlage 3)

3.1 Läßt sich belegen, besonders aus der Praxis der Gesundheitsämter und aus Berichten ärztlicher Organisationen, daß nach § 125 Abs. 1

3.1.1 die darin niedergelegten Pflichten befriedigend zur Sicherung der Eingliederung Behinderter beitragen?

3.1.2 Schlagen Sie eine Änderung dieser Bestimmungen vor? Wenn ja, welche?

3.2 Haben die Pflichten und das Recht nach § 125 Abs. 2 und 3 zur Sicherung der Eingliederung Behinderter beigetragen?

3.2.1 Haben die Mitteilungen an das Gesundheitsamt besonders im Sinne einer Planung von Einrichtungen zur wissenschaftlichen Auswertung beigetragen?

noch Anhang 8

3.2.2 Wurde den Pflichten und dem Recht in anderer Form als im Gesetz vorgesehen genügt?

3.2.3 Schlagen Sie eine Änderung dieser Bestimmungen vor? Wenn ja, in welcher Form?

4 Maßnahmen des Gesundheitsamtes

§ 126 BSHG (vgl. Ziffer 4 der Anlage 3)

4.1 Wie erfolgt die Erfüllung der Aufgaben nach § 126

4.1.1 personell?

4.1.2 organisatorisch?

4.1.3 fachlich?

4.2 Können Angaben über den Arbeitsumfang gemacht werden, der mit der Erfüllung der nach § 126 gestellten Aufgaben verbunden ist

4.2.1 bei dem jetzigen Arbeitsumfang?

4.2.2 bei vollständiger Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben?

4.3 Verfügen Sie über Zahlen der Behinderten nach Alter, Geschlecht und Art der Schwere der Behinderungen, die in die Gesundheitsämter zur Beratung kommen bzw. auf andere Art bekannt geworden sind? Wenn ja, wird um Mitteilung nach genannter Gliederung gebeten.

4.4 Haben Sie die Ihnen von den Gesundheitsämtern zugesandten Unterlagen zur weiteren Bearbeitung bereits dem Bundesgesundheitsamt zugeleitet?

4.5 Ergeben sich aus Ihrer Sicht bereits jetzt Änderungs- und Verbesserungsvorschläge für die Aufgaben des Gesundheitsamtes?

5 Maßnahmen der Landesärzte

§ 126 a BSHG (vgl. Ziffer 5 der Anlage 3)

5.1 Wie wurde bei Ihnen der landesärztliche Dienst geregelt?

5.2 Hat sich die vorgenommene Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsämtern und Landesärzten bewährt?

5.3 Haben sich Schwierigkeiten bei den Maßnahmen nach § 126 a ergeben?

5.4 Schlagen Sie Änderungen dieser Bestimmungen vor? Wenn ja, welche?

6 Maßnahmen der Länder

Haben sich trotz der Vielzahl fast täglicher Informationen über die Möglichkeiten der Eingliederung von Behinderten, die erfreulicherweise seit einigen Jahren in allen Publikationsbereichen zu beobachten sind, bestimmte Informationslücken gezeigt, und welche Wege werden auf Gemeinde-, Kreis- und Landesebene beschritten, um sie zu schließen?

7 Können Sie ein Schrifttumsverzeichnis von in Ihrem Zuständigkeitsbereich erschienenen Veröffentlichungen, insbesondere der ärztlichen Fachpresse, überlassen, in denen auf Bestimmungen des Abschnitts 12 BSHG eingegangen worden ist?

8 Sehen Sie bereits die Möglichkeit, über einen Erfolg der Maßnahmen auf Grund der Bestimmungen des Abschnitts 12 Angaben zu machen?

9 Legen Sie Wert darauf, daß im Bericht der Bundesregierung nach § 126 c BSHG auch Probleme der Eingliederungshilfe allgemein und des Abschnitts 12 des Gesetzes im besonderen oder auf besondere Probleme Ihres Landes hingewiesen wird, die bei der Beantwortung der vorangegangenen Fragen nicht ausreichend zur Darstellung gekommen sind?

noch Anhang 8

b) Anlage 2

Ergebnisniederschrift über die 28. Sitzung der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 28. und 29. Oktober 1971 in Hamburg

Drittes Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Berichterstattung: Schleswig-Holstein

Nach Erläuterung der Vorlage durch Dr. Meyer nahm die Konferenz gegen zwei Stimmen bei einer Enthaltung die nachstehende Entschließung an:

Nach Beratung auf ihrer 28. Sitzung am 28. und 29. Oktober 1971 in Hamburg nimmt die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder zu dem Dritten Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes, insbesondere zur Eingliederungshilfe für Behinderte, Stellung wie folgt:

1. Die in Abschnitt 12 des BSHG geregelte Hilfs- und Koordinierungsfunktion des Gesundheitsamtes zur Sicherung der Eingliederung Behinderter ist unersetzbar und muß erhalten bleiben.
2. Das BSHG ist in alle Bestrebungen zur Angleichung der Leistungen im Bereich der Rehabilitation einzubeziehen. Die obersten Gesundheitsbehörden der Länder sind rechtzeitig zu hören.
3. Es ist anzustreben, daß die Eingliederungshilfe mit dem Dritten Änderungsgesetz des BSHG umfassender gestaltet wird. Ferner ist erforderlich, daß die Funktionen der Sozialhilfeträger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes wirksamer aufeinander abgestimmt werden. Der Ausbau der Beratung Behinderter, die Verbesserung einer familiengerechten Hilfe und die Förderung ambulanter und teilstationärer Einrichtungen sind besonders zu beachten.
4. Bei der Neufassung des § 39 BSHG sind alle Personen zu berücksichtigen, die nach dem gegenwärtigen Stand des medizinischen Wissens dauernd als wesentlich Behinderte anzusehen sind. Es empfiehlt sich, die bisherige Aufzählung der Behinderten-Gruppen durch eine Generalklausel zu ersetzen.
5. Bei der Neufassung des Abschnitts 12 muß sichergestellt werden, daß die Voraussetzungen für die aktive Mitwirkung der behandelnden Ärzte bei der Hilfe zur Eingliederung verbessert werden.
6. Bei der familiengerechten Hilfe im Sinne des § 7 BSHG ist davon auszugehen, daß Familien, in denen behinderte Angehörige ständig gepflegt und versorgt werden, materiell nicht schlechter gestellt sind als Familien, welche die Behinderten stationär unterbringen.
7. Das geplante „Sozialgesetzbuch" soll das BSHG vollinhaltlich aufnehmen. Die rechtzeitige Beteiligung der obersten Gesundheitsbehörden der Länder an diesem Gesetzgebungswerk ist dringend erforderlich.

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder bittet den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, einen vor ihr benannten Vertreter in die Kommission für das Sozialgesetzbuch aufzunehmen.

Außerdem wird der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit gebeten, der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder über den Sachstand der Arbeit an diesem Gesetzbuch zu berichten.

Wissenschaftliche Auswertung der Mitteilungsblätter gemäß § 126 Nr. 3 des Bundessozialhilfegesetzes

Berichterstattung: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

— pp. —

Die Konferenz nahm die nachfolgenden Vorschläge der AGLMB zustimmend zur Kenntnis:

1. Die zuständigen obersten Landesbehörden sollten bundeseinheitlich dem Bundesgesundheitsamt die wissenschaftliche Auswertung der Mitteilungsblätter gemäß § 126 Nr. 3 BSHG übertragen; das Bundesgesundheitsamt ist hierzu bereit.
2. Von dieser Beauftragung sollte den Landesärztekammern Mitteilung gemacht werden, verbunden mit der Bitte, ihre Mitglieder zur Befolgung der gesetzlichen Pflichten aufzufordern. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird die Bundesärztekammer benachrichtigen.
3. Die zuständigen obersten Landesbehörden sollten sicherstellen, daß im nächsten Jahre ausreichendes Material als Unterlage für den von der Bundesregierung zu erstattenden Erfahrungsbericht zur Verfügung gestellt werden kann.

noch Anhang 8

c) Anlage 3

Gesundheitliche Maßnahmen nach §§ 124 bis 126 b BSHG und nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 125 BSHG

1 Maßnahmen bestimmter Betreuungspersonen (§ 124 BSHG)

1.1 § 124 Abs. 1

Eltern und Vormünder haben die Pflicht, die ihrer Personensorge anvertraute Person, bei der sie eine Behinderung wahrnehmen, unverzüglich dem Gesundheitsamt oder einen Arzt zur Beratung vorzustellen.

Vorstellpflicht

1.2 § 124 Abs. 2

1.2.1 § 124 Abs. 2 Satz 1

Hebammen, Medizinalpersonen außer Ärzten, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen und Heimerzieher, die bei Ausübung ihres Berufes eine Behinderung wahrnehmen, haben die Pflicht, die Personensorgeberechtigten, Eltern und Vormünder, auf ihre Vorstellpflicht hinzuweisen.

Hinweispflicht

1.2.2 § 124 Abs. 2 Satz 2

Die in § 124 Abs. 2 Satz 1 Genannten (vgl. unter Ziffer 1.2.1) haben nach unterlassener Vorstellung trotz wiederholtem Hinweis die Pflicht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

Benachrichtigungspflicht

1.3 § 124 Abs. 3

1.3.1 § 124 Abs. 3 Satz 1

Medizinalpersonen außer Ärzten und Sozialarbeitern (Wohlfahrtspflegern), die bei Ausübung ihres Berufes eine Behinderung wahrnehmen, haben die Pflicht, volljährigen Behinderten anzuraten, das Gesundheitsamt oder einen Arzt zur Beratung aufzusuchen.

Anratepflicht

1.3.2 § 124 Abs. 3 Satz 2

1.3.2.1 Die in § 124 Abs. 3 Satz 1 Genannten (vgl. unter Ziffer 1.3.1) haben die Pflicht, mit ausdrücklicher Zustimmung des Behinderten, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

Benachrichtigungspflicht an das Gesundheitsamt

1.3.2.2 Die in § 124 Abs. 3 Satz 1 Genannten (vgl. unter Ziffer 1.3.2.1) haben die Pflicht, mit ausdrücklicher Zustimmung des Behinderten bei beruflichen Eingliederungsmaßnahmen das Arbeitsamt zu benachrichtigen.

Benachrichtigungspflicht an das Arbeitsamt

2 Maßnahmen der zuständigen Behörden (AVV zur Durchführung des § 125 BSHG)

2.1 § 2 AVV

Die Ärzte sind über Inhalt und Zweck der Vorschriften des Abschnitts 12 BSHG und über die Möglichkeiten der Eingliederung Behinderter schriftlich zu unterrichten; der Text der Vorschriften ist beizufügen.

noch Anhang 8

2.2 § 3 AVV

2.2.1 § 3 Abs. 1

2.2.1.1 § 3 Abs. 1 Satz 1

Das amtliche Merkblatt ist den Ärzten in genügender Zahl zur Verfügung zu stellen.

Zur-Verfügungstellungs-Aufgabe

2.2.1.2 § 3 Abs. 1 Satz 2

Das amtliche Merkblatt soll unter Berücksichtigung regionaler oder örtlicher Gegebenheiten ergänzt werden.

Ergänzungsaufgabe

2.2.2 § 3 Abs. 2

Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, den Behinderten oder seinen Personensorgeberechtigten das Merkblatt stets auszuhändigen, unabhängig davon, ob sie diese Personen über die Eingliederungsmaßnahmen selbst beraten, oder auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt und das Arbeitsamt hinweisen.

Aufgabe, die Ärzte aufmerksam zu machen

2.3 § 4 AVV

2.3.1 § 4 Abs. 1

Den Ärzten sind zur Sicherung einer einheitlichen und ausreichenden Mitteilung Mitteilungsblätter zur Verwendung für Mitteilungen an das Gesundheitsamt in genügender Anzahl zur Verfügung zu stellen.

Zur-Verfügungstellungs-Aufgabe

2.3.2 § 4 Abs. 2

Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, das ausgefüllte Mitteilungsblatt auch dann dem Gesundheitsamt zu übersenden, wenn sie den Behinderten oder seinen Personensorgeberechtigten über die Eingliederungsmaßnahmen nicht selbst beraten.

Aufgabe, auf die Mitteilungspflicht aufmerksam zu machen

2.3.3 § 4 Abs. 3 Satz 1

Die Ärzte sind dazu anzuhalten, die ausgefüllten Mitteilungsblätter alsbald, spätestens innerhalb der ersten zwei Wochen eines jeden Kalendervierteljahres für das vorangegangene Kalendervierteljahr an das für den Ort ihrer Berufsausbildung zuständige Gesundheitsamt zu übersenden.

Aufgabe, die Ärzte über die Übersendungspflicht anzuhalten

3 Maßnahmen der Ärzte § 125 BSHG

3.1 § 125 Abs. 1

3.1.1 § 125 Abs. 1 erster Halbsatz

Ärzte haben gegenüber Personensorgeberechtigten minderjähriger oder unmündiger Behinderter und volljährigen Behinderten die alternative Pflicht, sie zu beraten oder auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt, (bei beruflichen Eingliederungsmaßnahmen) das Arbeitsamt hinzuweisen.

3.1.1.1 Beratungspflicht

3.1.1.1.1 Hinweispflicht auf Gesundheitsamt

3.1.1.1.2 Hinweispflicht evtl. auf Arbeitsamt

3.1.2 § 125 Abs. 1 zweiter Halbsatz

Ärzte haben bei dem in § 125 Abs. 1 erster Halbsatz Genannten (vgl. unter Ziffer 6) die Pflicht, ein amtliches Merkblatt auszuhändigen.

noch Anhang 8

(Allgemeine Verwaltungsvorschrift des Bundes — AVV — vom 21. Juli 1970 — GMBl. S. 364).

Aushändigungspflicht

3.2 § 125 Abs. 2

Ärzte haben die Pflicht, zur Sicherung der Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung die ihnen bekanntwerdenden Behinderungen und die wesentlichsten Angaben zur Person der Behinderten alsbald dem Gesundheitsamt mitzuteilen.

Mitteilungspflicht

3.3 § 125 Abs. 3

3.3.1 § 125 Abs. 3 erster Halbsatz

Der Arzt hat die Pflicht, alsbald das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn trotz wiederholter Aufforderung durch den Arzt die zur Eingliederung erforderlichen ärztlichen Maßnahmen nicht durchgeführt oder vernachlässigt werden.

Benachrichtigungspflicht

3.3.2 § 125 Abs. 3 zweiter Halbsatz

Ärzte haben das Recht, bei Unterlassung oder Vernachlässigung anderer als ärztlicher Maßnahmen das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

Benachrichtigungsrecht

4 Maßnahmen des Gesundheitsamtes (§ 126 BSHG)

4.1 § 126 Nr. 1

4.1.1 § 126 Nr. 1 Satz 1 erster Halbsatz und Satz 2

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, Behinderte oder deren Personensorgeberechtigte (Eltern und Vormünder) über die geeigneten ärztlichen und sonstigen Maßnahmen zu beraten. Dabei hat sich das Gesundheitsamt während und nach Heil- und Eingliederungsmaßnahmen mit dem behandelnden Arzt ins Benehmen zu setzen, desgleichen, wenn der Behinderte schon in ärztlicher Behandlung steht.

4.1.1.1 Beratungsaufgabe über ärztliche Eingliederungsmaßnahmen

4.1.1.2 Beratungsaufgabe über sonstige Eingliederungsmaßnahmen

4.1.1.3 Aufgabe, das Benehmen (Satz 1 erster Halbsatz) bzw. die Verbindung (Satz 2) mit dem behandelnden Arzt herzustellen.

4.1.1.4 Aufgabe, weiter zu beraten.

4.1.2 § 126 Nr. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, bei Zustimmung der Betroffenen sich mit anderen an der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen beteiligten Stellen oder Personen in Verbindung zu setzen.

Beteiligungsaufgabe

4.1.3 § 126 Nr. 1 Satz 3

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, Behinderten oder deren Personensorgeberechtigten bei der Beratung ein amtliches Merkblatt auszuhändigen.

Aushändigungsaufgabe

4.1.4 § 126 Nr. 1 Satz 4

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, für die Beratung im Benehmen mit den Landesärzten die erforderlichen Sprechtage durchzuführen.

Aufgabe, Sprechtage durchzuführen

4.2 § 126 Nr. 2

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, den zuständigen Sozialleistungsträgern, bei beruflicher Eingliederung auch die Bundesanstalt für Arbeit, mit Zustimmung der Betroffenen zu verständigen.

Mitteilungsaufgabe

4.3 § 4 Abs. 3 Satz 2 AVV zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des BSHG

Wohnt der Behinderte im Bezirk eines anderen Gesundheitsamtes oder hat er dort seinen gewöhnlichen Aufenthalt, so hat das Gesundheitsamt das Mitteilungsblatt an das für den Wohnort oder den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes des Behinderten zuständige Gesundheitsamt weiterzuleiten.

Weiterleitungsaufgabe

4.4 § 126 Nr. 3 BSHG

4.4.1 § 126 Nr. 3 Satz 1 erster Halbsatz

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, die (von den Ärzten mitgeteilten und eigenen) Unterlagen auszuwerten.

Auswertungsaufgabe

4.4.2 § 126 Nr. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz

Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, die (von den Ärzten mitgeteilten und eigenen) Unterlagen zur Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung (nach näherer Bestimmung der obersten Landesbehörden) weiterzuleiten.

Auf der 28. Sitzung der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 28./29. Oktober 1971 in Hamburg wurden unter TOP 12 über die „wissenschaftliche Auswertung der Mitteilungsblätter gemäß § 126 Nr. 3 des Bundessozialhilfegesetzes" folgende Vorschläge der AGLMB zustimmend zur Kenntnis genommen:

„Die zuständigen obersten Landesbehörden sollten bundeseinheitlich dem Bundesgesundheitsamt die wissenschaftliche Auswertung der Mitteilungsblätter gemäß § 126 Nr. 3 BSHG übertragen; das Bundesgesundheitsamt ist hierzu bereit."

Weiterleitungsaufgabe

5 Maßnahmen der Landesärzte

§ 126 a Abs. 2 BSHG

5.1 § 126 a Abs. 2 Nr. 1

5.1.1 § 126 a Abs. 2 Nr. 1 erster Halbsatz

Die Landesärzte haben die Aufgabe, die Gesundheitsämter bei der Einrichtung und Durchführung der erforderlichen Sprechtage zur Beratung Behinderter und Personensorgeberechtigter zu unterstützen.

Unterstützungsaufgabe

5.1.2 § 126 a Abs. 2 Nr. 1 zweiter Halbsatz

Die Landesärzte haben die Aufgabe, sich an den Sprechtagen zu beteiligen.

Beteiligungsaufgabe

5.2 § 126 a Abs. 2 Nr. 2

Die Landesärzte haben die Aufgabe, für bestimmte Behörden Gutachten zu erstatten.

Gutachtliche Aufgabe

5.3 § 126 a Abs. 2 Nr. 3

Die Landesärzte haben die Aufgabe der regelmäßigen Unterrichtung der zuständigen Landesbehörden über den Erfolg von Erfassungs-, Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaßnahmen.

Unterrichtungsaufgabe

noch Anhang 8

6 Maßnahmen der Länder

6.1 § 126 a Abs. 1 BSHG

Die Länder haben die Aufgabe, Landesärzte zu bestellen, die über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügen.

Aufgabe, Landesärzte zu bestellen

6.2 § 126 b BSHG

Die Länder haben die Aufgabe, die regelmäßige Unterrichtung der Bevölkerung über Eingliederungsmaßnahmen und Verpflichtungen nach diesem Abschnitt zu veranlassen.

Unterrichtungsaufgabe

Anhang 9

Liste der befragten Verbände und Organisationen

1. Ärztliche wissenschaftliche Gesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie
Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen,- Ohrenheilkunde
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
Deutsche Gesellschaft für Urologie
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft

2. Fachärztliche Berufsverbände

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Berufsverband der Deutschen Fachärzte für Urologie
Berufsverband der Deutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte
Berufsverband Deutscher Internisten
Berufsverband Deutscher Nervenärzte
Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie
Berufsverband der Frauenärzte
Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands

3. Sonstige Dachorganisationen

Bundesärztekammer
Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Marburger-Bund — Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands
Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmann-Bund)
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

Anhang 10

Auszug aus Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft Nr. 10 — Oktober 1970 —

Die Aufgaben der Gesundheitsämter zur Beratung Behinderter nach § 126 BSHG

Empfehlungen des Deutschen Vereins über die Einrichtung von Beratungsstellen für Behinderte in den Gesundheitsämtern

Vorbemerkung

Das Zweite Gesetz zur Änderung des BSHG vom 14. August 1969 hat den Abschnitt 12 (§§ 123 ff.), der sich bisher auf „Sonderbestimmungen für Personen mit körperlicher Behinderung" beschränkte, auf „Sonderbestimmungen zur Eingliederung Behinderter" erweitert. Hierin liegt eine Ausweitung des Abschnittes 12 auf alle Behinderten, also über die körperlich Behinderten und von einer körperlichen Behinderung Bedrohten hinaus auf alle geistig oder seelisch Behinderten und auf Personen, die von einer geistigen oder seelischen Behinderung bedroht sind. Die Erweiterung bewirkt außerdem, daß die Aufgabe des Abschnittes 12 nicht nur wie bisher die Sicherung wirksamer ärztlicher Maßnahmen umfaßt, sondern sich auf die Sicherung aller notwendigen Eingliederungsmaßnahmen erstreckt; das können z. B. Maßnahmen heilpädagogischer, schulischer, beruflicher oder allgemein sozialer Art sein. Schließlich verpflichtet die Erweiterung die Gesundheitsämter zur Sammlung von Mitteilungen der Ärzte über ihnen bekanntgewordene Behinderung (§ 125 Abs. 2 BSHG) und zur Auswertung dieser Unterlagen mit dem Ziel, eine rechtzeitige und umfassende Planung für die Errichtung zweckentsprechender und ausreichender Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen.

Diese erweiterten Aufgaben haben eine Neufassung des zum Abschnitt 12 gehörenden § 126 BSHG erforderlich gemacht. In der Neufassung dieser Bestimmung wird den Gesundheitsämtern eine gegenüber der bisherigen Regelung erweiterte Beratungspflicht auferlegt, die sich für körperlich, geistig oder seelisch Behinderte und für von einer Behinderung Bedrohte auf die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen und auch auf die sonstigen Eingliederungsmaßnahmen erstreckt. Diese Beratung geht durch die Ausdehnung auf die sonstigen Eingliederungsmaßnahmen über die bisherigen ärztlichen Aufgaben der Gesundheitsämter hinaus.

Diese Aufgabenerweiterung und ihre Durchführung in den Gesundheitsämtern sind in den Fachausschüssen I, II, V, VII, VIII und IX des Deutschen Vereins sowie im Aktionsausschuß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke eingehend diskutiert worden. Das Ergebnis war übereinstimmend, daß umfassende Beratungen, die den Erfordernissen einer fachgerechten Beratungstätigkeit für alle speziellen Eingliederungsmaßnahmen gerecht werden, die Einrichtung von Beratungsstellen notwendig machen würde, die in ihrem Umfange und ihrer personellen Ausstattung weit über die Möglichkeiten der einzelnen Gesundheitsämter hinausgehen. Solche umfassende Beratungsstellen seien auch nicht erforderlich, da eine Reihe von speziellen Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger vorhanden seien, deren Inanspruchnahme weiterhin zweckmäßig sei. Hinzu komme, daß sich die Beratung und die Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen in manchen Fällen nicht voneinander trennen lassen, da die Beratung manchesmal bereits eine notwendige Eingliederungsmaßnahme darstellt.

Es wurde daher übereinstimmend als sinnvoll angesehen, den Beratungsstellen der Gesundheitsämter nach § 126 BSHG die Funktion einer Schaltstelle zu geben, deren Aufgabe es sein muß, die jeweils speziell geeigneten Beratungstätigkeiten öffentlicher oder freier Träger einzuschalten. Die Beratungsstellen sollten gleichzeitig Koordinierungsstellen sein, da ihre Aufgaben eine Koordinierung der Tätigkeit der vorhandenen Beratungsstellen und der Träger der Eingliederungsmaßnahmen erforderlich macht.

Außerdem wurde empfohlen, in der Schalt- und Koordinierungsstelle die Mitteilungen der Ärzte über ihnen bekanntgewordene Behinderungen (§ 125 Abs. 2 BSHG) sammeln und die Auswertung der Mitteilungen zum Zwecke der Planung erforderlicher Einrichtungen dort vorbereiten zu lassen.

Ferner war es ein Anliegen der Fachausschüsse, daß für die Leitung der Schalt- und Koordinierungsstelle ein erfahrener Sozialarbeiter(in) vorgesehen werden sollte. Ein Sozialarbeiter(in) ist zur Leitung dieser Stelle besonders geeignet, weil dort nicht ärztliche, sondern sozialfürsorgerische Aufgaben und eine Koordinierungstätigkeit im Vordergrund stehen. Der Sozialarbeiter(in) sollte als selbständiger Leiter unmittelbar unter der Fachaufsicht des Leiters des Gesundheitsamtes tätig sein.

Diese Empfehlungen sind vom Vorstand des Deutschen Vereins gebilligt worden und in der folgenden Fassung den für die Organisation der Gesundheitsämter zuständigen Stellen zugegangen:

Die Beratung Behinderter in den Gesundheitsämtern
Vorschläge zur Durchführung des § 126 BSHG

Das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 11. August 1969 legt in § 126 Nr. 1 den Gesundheitsämtern eine umfassende Beratungspflicht gegenüber Behinderten und ihren Personensorgeberechtigten auf. Diese umfassende Beratungspflicht erstreckt sich nicht nur auf die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen, vielmehr auch auf die sonstigen Maßnahmen zur

Eingliederung Behinderter; das sind Maßnahmen insbesondere auf dem Gebiete der Heilpädagogik, der Schul(Sonderschul)- oder Berufsausbildung und Maßnahmen sozialer Art.

Die umfassende Beratungspflicht der Gesundheitsämter gibt zu folgenden Überlegungen und Vorschlägen für ihre Durchführung Anlaß:

1. Eine alle Eingliederungsmaßnahmen umfassende Beratung, die den Erfordernissen einer fachgerechten Beratungstätigkeit gerecht wird, würde die in den Gesundheitsämtern bestehenden Möglichkeiten überschreiten sowohl personell (nicht nur Fachärzte, sondern auch Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter u. a. sind erforderlich) als auch räumlich. Außerdem müssen Fachstellen außerhalb der Gesundheitsämter für spezielle Beratungen, die zum Teil bereits eine therapeutische Hilfe und damit eine Eingliederungsmaßnahme darstellen, in Anspruch genommen werden. Das geschieht jetzt schon; es geht um Spezialkliniken, Erziehungsberatungsstellen, Sonderschulberatungsstellen oder Berufsberatungen der Bundesanstalt für Arbeit.

Aus diesen Gründen ist es nicht sinnvoll — es erscheint auch nicht möglich —, die Beratung Behinderter in den Gesundheitsämtern voll zusammenzufassen. Vielmehr ist zu empfehlen, in den Gesundheitsämtern eine Schalt- und Koordinierungsstelle einzurichten, die die Beratung der Behinderten im wesentlichen durch in Betracht kommende Beratungseinrichtungen spezieller Art — öffentliche Stellen und solche der freien Träger — sicherzustellen hat; in einfacheren Fällen hat die Schalt- und Koordinierungsstelle die Beratung selbst durchzuführen.

2. Um ihre Aufgabe wahrnehmen zu können, hat die Schalt- und Koordinierungsstelle sich eine Übersicht über die vorhandenen Beratungsmöglichkeiten und über deren Arbeitsschwerpunkte, ferner über die Stellen zu verschaffen, die eine Eingliederung Behinderter durchführen. Bei Bestehen von Lücken ist die Schaffung der erforderlichen Einrichtungen anzuregen. Die Schalt- und Koordinierungsstelle hat ferner in engem Kontakt mit den speziellen Beratungsstellen und den Trägern der Eingliederungshilfe zu stehen und sich für ein enges Zusammenwirken dieser Stellen untereinander einzusetzen.

Zu den Aufgaben der Schalt- und Beratungsstellen sollte vor allem gehören:

1. Aufnahme der erforderlichen Kontakte mit den ratsuchenden Behinderten oder ihren Personensorgeberechtigten.
2. Sammlung von Hinweisen über den Behinderten aus dem Gesundheitsamt und anderen Stellen, z. B. Jugendamt und Sozialamt, den freien Wohlfahrtsverbänden, den niedergelassenen Ärzten oder den Kliniken.
3. Falls eine Diagnose noch nicht vorliegt, Veranlassung ihrer Feststellung unter Einschaltung der fachärztlichen Dienste des Gesundheitsamtes oder von Spezialkliniken.
4. Vermittlung des Behinderten an spezielle Beratungseinrichtungen.
5. Vermittlung des Behinderten an die mit der Eingliederung zu befassenden Stellen, erforderlichenfalls in Zusammenwirken mit in Anspruch genommenen speziellen Beratungseinrichtungen oder fachärztlichen Diensten.
6. In schwierigen Fällen: Veranlassung von Besprechungen mit den an der Eingliederung beteiligten Einrichtungen und Personen, um die geeigneten Beratungseinrichtungen oder Eingliederungsmaßnahmen und die dafür in Betracht kommenden durchführenden Stellen zu ermitteln.
7. Beobachtung der Durchführung der Heil- und Eingliederungsmaßnahmen.
8. Dokumentation und Statistik.

Es empfiehlt sich außerdem, der Schalt- und Koordinierungsstelle die Sammlung der Mitteilungen der Ärzte nach § 125 Abs. 2 BSHG über bekanntgewordene Behinderungen zu übertragen, und sie auch mit den vorbereitenden Arbeiten zur Auswertung der Mitteilungen als Unterlagen für die Planung von Rehabilitationseinrichtungen zu beauftragen.

3. Die Aufgaben der Schalt- und Koordinierungsstellen sind nur zum Teil ärztlicher Art; im Vordergrund stehen vielmehr sozialfürsorgerische Aufgaben, die sich in der persönlichen Hilfe für den Behinderten und seine Eltern, der Feststellung der geeigneten Beratungseinrichtungen und von notwendigen Eingliederungsmaßnahmen sowie in der Herstellung der erforderlichen Kontakte mit den hierfür in Betracht kommenden Stellen zeigen.

Daher wird empfohlen, die Leitung der Schalt- und Koordinierungsstelle einem erfahrenen Sozialarbeiter(in) zu übertragen, der für auftretende ärztliche Fragen die fachärztlichen Dienste des Gesundheitsamtes einzuschalten hat. Die ärztlichen Belange erscheinen auch dadurch gesichert, daß der Sozialarbeiter(in) unter der Fachaufsicht des Leiters des Gesundheitsamtes tätig ist, der zu seiner Vertretung in Angelegenheiten der Eingliederung Behinderter einen beamteten Arzt einsetzen kann.

Anhang 11

Empfehlungen

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zum Ausbau eines Beratungsdienstes als Gemeinschaftsleistung der behandelnden Ärzte, der Gesundheitsämter, der Träger der Sozialhilfe und anderer Sozialleistungsträger der freien Wohlfahrtsverbände sowie aller mit der Hilfe für Behinderte beauftragten und befaßten Stellen behördlicher und nichtbehördlicher Art

Präambel

Obwohl einzelne Personenkreise durch die ältere Sozialgesetzgebung einschließlich des Schwerbeschädigtengesetzes bereits intensiver gefördert worden waren, sind insbesondere seit der Verabschiedung des BSHG verschiedene Vorschläge und Empfehlungen unterbreitet worden, den Rechtsanspruch des behinderten Kindes auf Eingliederungshilfe zeitgerecht zu verwirklichen. Das Bemühen, dem gemeinsamen Anliegen des behinderten Kindes, seiner Etlern und des Gesetzgebers Rechnung zu tragen und Eingliederungshilfen nach dem modernsten Stand des medizinischen, pädagogischen und technischen Wissens zu vermitteln, scheitert oft an unzureichenden Informationen der Behinderten selbst und ihrer Angehörigen oder an unzulänglichen Kenntnissen der Träger von Rehabilitationseinrichtungen sowie der vom Gesetzgeber verpflichteten Träger der Sozialhilfe über Art und Umfang der benötigten Institutionen. Es ist daher verständlich, daß frühere Empfehlungen durch die „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter" und den „Deutschen Ausschuß für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft" sich für eine gesetzliche Früherfassung Behinderter ausgesprochen haben. In der Diskussion um die Wiedereinführung einer Meldepflicht sind mancherlei Bedenken aus Kreisen der Ärzte, Wohlfahrtsverbände und Elternverbände erhoben worden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege empfiehlt ungeachtet der gesetzlichen Entwicklung daher, zunächst durch Ausbau des Beratungswesens die Informationsmöglichkeiten für Behinderte zu verbessern und den Leistungsträgern durch Vermittlung präziser Zahlenangaben den notwendigen Ausbau der Einrichtungen zu erleichtern. Bereits jetzt hat sich bei gut arbeitenden Beratungsstellen ermitteln lassen, daß im Hinblick auf die zu erwartende Leistung eine fast vollständige freiwillige Meldung des betroffenen Personenkreises gelingt *). Die zur Zeit vorhandenen statistischen Unterlagen sind mit Quellenangaben in Anlage 1 beigefügt. Sie reichen allerdings noch nicht in allen Fällen für eine sorgfältige regionale und überregionale Planung auf dem Gebiet der Behandlung des Sonderschulwesens, der Berufsausbildung und der Beschützenden Werkstätten für Behinderte aus.

*) W. Blasig, Die Rehabilitation 3 (1965)
A. Löwe, Pädoaudiologische Beratungsstelle Heidelberg, Persönliche Mitteilung

Die Erfahrungen des In- und Auslandes haben gezeigt, daß bei allen kongenital oder in der frühen Kindheitsentwicklung erworbenen Defekten der Motorik, der Sinnesleistungen, der Sprache und der geistig-seelischen Struktur eine Früherfassung und -behandlung bessere Spätergebnisse verspricht als bei einem späten Beginn der Rehabilitation. Dieses Faktum muß durch die Publikationsmittel der gesundheitlichen Volksbelehrung sowie durch Rundfunk, Presse und Fernsehen regelmäßig verbreitet werden. Andererseits muß gewährleistet sein, daß der Ratsuchende wirklich eine sachverständige Beratung für die spezielle Behinderung erhält und einer Betreuungsstelle zugewiesen wird, die die erforderlichen medizinischen, pädagogischen, technischen und sozialen Hilfen vermittelt.

Die Zuweisung zur Beratungsstelle für behinderte Kinder sollte vor allem durch die behandelnden Ärzte, durch Hebammen, Kindergärtnerinnen und Lehrer sowie durch die Erziehungsberatung, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und die sozialen Selbsthilfeorganisationen (Elternvereinigungen, Behindertenverbände) erfolgen.

Rechtsrahmen und Finanzierung von Beratungsstellen

a) Beratungsstellen sind auf die Dauer ohne Bereitstellung öffentlicher Mittel nicht denkbar. Auch bei noch so großer Aufgeschlossenheit der interessierten Behörden ist eine dauerhafte Finanzierung nicht zu erwarten, wenn sie als freiwillige Leistung in das Ermessen der Behörde gestellt bleibt.

b) Von Bund und Ländern kann nach der derzeitig gesetzlich festgelegten Aufgabenverteilung ebenfalls keine Dauerhilfe erreicht werden.

c) Es bleibt deshalb nur der Weg, daß die Einrichtung und Unterhaltung von Beratungsstellen bestimmten Trägern als Pflichtaufgabe zugeordnet wird, die bereits nach dem derzeit geltenden Recht bei der Eingliederung Behinderter mitzuwirken haben.

d) Von dieser Sicht her bieten sich die Städte und Kreise als Träger an, die sich im Bedarfsfall auch zu einem Gemeindeverband zusammenschließen können; daneben sollten für spezielle Aufgaben auch überregionale Träger eingeschaltet werden.

e) Bei der Frage, welche Stelle der bestehenden Verwaltungsorganisation die Aufgabe der Beratungsstelle ausüben soll, soll aus praktischen Gründen von der wiederholt erhobenen Forderung, ein neues Amt einzurichten, abgesehen werden.

Es besteht ein verbreitetes Unbehagen gegenüber behördlicher Überorganisation, die sich aus der Struktur des Bundes und der Länder ergeben hat. Überall sind deshalb Reformbestrebungen

im Gange mit dem Ziel, die Verwaltung zu vereinfachen. Jedes neue Amt bringt zwangsläufig eine Aufblähung des Verwaltungsapparates mit sich. Ein besonderes „Amt für Rehabilitation" zu fordern, würde deshalb der Sache im Augenblick schaden.

f) Eine gesetzliche Regelung ist in absehbarer Zeit nur im Rahmen der vorgeschriebenen Novelle zum BSHG zu erreichen. Das BSHG sieht bereits jetzt für die sehr weitgespannten Maßnahmen der Eingliederung für behinderte Menschen eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfeträgern und Gesundheitsämtern sowie in den §§ 123 bis 126 eine klar präzisierte Beratungspflicht der Gesundheitsämter für körperlich Behinderte vor. Es bietet sich deshalb an, diese Beratungspflicht in vollem Umfang auf anderweitig behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen auszudehnen.

g) Die Gesundheitsämter sollten als Träger der Beratungsstellen

   ga) verpflichtet werden, zur Beratung Fachärzte und geeignete Fachinstitutionen (Kliniken, pädagogische Beratungsstellen u. a.) heranzuziehen;

   gb) die Ermächtigung erhalten, die Beratung anderen geeigneten Institutionen mit deren Einwilligung zu übertragen;

   gc) in diesen Fällen die Pflicht haben, die zur Durchführung der Beratung herangezogenen Stellen bei der Ausführung dieser Tätigkeit angemessen zu unterstützen (analoge Regelung zu § 10 BSHG).

Damit wäre auch auf der Ebene des Gesundheitsamtes die für das frühere Körperbehindertengesetz entwickelte Organisationsform auf die Belange des BSHG umgestellt. Die anfallenden Beratungsaufgaben ergeben sich nämlich jetzt schon aus den §§ 39, 125 und 126 BSHG und umfassen:

1. Körperbehinderte,
2. Blinde und Sehschwache,
3. Hörbehinderte,
4. Sprachbehinderte,
5. Personen mit schwacher Entwicklung der geistigen Kräfte.

Die Gesundheitsämter sind zu dieser Beratungstätigkeit jedoch nicht nur durch das BSHG verpflichtet. Ähnliche Leistungen wurden ihnen bereits durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 zu den Pflichtaufgaben gemacht. § 58, III DVO kennzeichnet die Aufgaben des schulärztlichen Dienstes. Dort heißt es in Absatz 2:

a) Reihenuntersuchungen bei Einschulung und Entlassung, Anlegung einer Kartei.

b) Besondere Überwachung der Schüler, deren Gesundheitszustand eine fortlaufende Kontrolle erforderlich macht.

c) Schulärztliche Sprechstunden für Eltern, Schüler und Lehrer.

d) Herbeiführung gesundheitsfürsorgerischer Maßnahmen für den Schüler.

Es liegt damit nach Auffassung der von zahlreichen Sachverständigen beratenen Bundesarbeitsgemeinschaft auf der Hand, die in den genannten Gesetzen festgelegten Beratungsaufgaben des Gesundheitsamtes unter Einschluß des schulärztlichen Dienstes zu einer Beratungsstelle für behinderte Kinder zusammenzufassen, die durch einen entsprechend vorgebildeten ärztlichen und fürsorgerischen Dienst besetzt ist und die engste Verbindung zu den fachlich orientierten Betreuungsstellen unterhält, welche die eigentlichen diagnostischen, therapeutischen, pädagogischen und fürsorgerischen Aufgaben übernehmen oder vermitteln. Diese Betreuungsstellen befinden sich schon jetzt zum Teil bei den Selbsthilfeorganisationen, bei Kliniken und Krankenhäusern oder bei den kommunalen oder freigemeinnützigen Einrichtungen für bestimmte Schadensgruppen.

Die geforderten Beratungsstellen haben folgende Aufgaben:

1. Information der Ratsuchenden über Eingliederungshilfen.
2. Abklärung der Diagnose einschließlich der verbliebenen Funktionen als Grundlage der Aufstellung des Gesamtplanes und maßgebliche Mitwirkung bei dessen Durchführung.
3. Unterstützung bei der Zuweisung an die mit der Eingliederung befaßten Stellen.
4. Mitwirkung bei der nachgehenden Hilfe.
5. Dokumentation und Statistik.
6. Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere auf regionaler Ebene.
7. Kontakt mit Geburtshelfern wegen Risikokindern.
8. Beteiligung an sonstigen Koordinationsmaßnahmen der Rehabilitation.

Personelle Mindestforderungen

Die Beratungsstelle sollte aus einem Pädiater als Leiter und wenigstens drei Sozialarbeitern bestehen. Die Beratungsstelle muß in der Lage sein, die für die Einzelfallhilfe erforderlichen Fachkräfte zu Rate zu ziehen; sie bedarf insbesondere der Hilfe von Fachärzten, Psychologen, Heilpädagogen und Therapeuten, u. U. auch stationärer Hilfsmöglichkeiten. Die Form der Zusammenarbeit soll den modernen Vorstellungen über Team-Arbeit entsprechen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft hofft, mit diesem Modellvorschlag eine rasche, konstruktive und fachgerechte Lösung anbieten zu können, die in gleicher Weise den humanitären Auftrag und die volkswirtschaftliche Bedeutung würdigt.

Bonn, den 1. Juli 1968

Erwin Stauss

Präsident

1 Anlage (nicht abgedruckt)

Anhang 12

Auszug aus der Zeitschrift „Der Niedergelassene Arzt" Heft 1/1972, Seite 7

Wir suchen Kläger gegen den Staat!

NAV: Bundessozialhilfegesetz verletzt ärztliche Schweigepflicht — Kläger werden unterstützt

Das Bundessozialhilfegesetz verpflichtet in § 125 Abs. 1 die Ärzte, Behinderte (wie in § 124 Abs. 3 definiert) beziehungsweise Personensorgeberechtigte von Behinderten zu beraten und ihnen ein amtliches Merkblatt auszuhändigen, das über die Hilfemöglichkeiten und Eingliederungsmaßnahmen unterrichtet.

Nach § 125 Abs. 2 BSHG haben die Ärzte die ihnen bekanntwerdenden Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person des Behinderten alsbald dem Gesundheitsamt mitzuteilen. Dabei sind die Namen der Behinderten und der Personensorgeberechtigten nicht anzugeben. In § 125 Abs. 4 BSHG heißt es dann: „Der Bundesminister des Inneren erläßt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheitswesen und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie mit Zustimmung des Bundesrates Verwaltungsvorschriften zur Durchführung der Absätze 1 und 2." Diese Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes wurde am 21. Juli 1970 erlassen und im gemeinsamen Ministerialblatt vom 4. August 1970 (Nr. 22/364) veröffentlicht. In dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschrift ist das Merkblatt über Hilfe für Behinderte (Anlage 1) sowie ein verbindliches Muster der Mitteilung über eine Behinderung nach § 125 Abs. 2 BSHG enthalten, die die Ärzte den Gesundheitsämtern einreichen sollen.

Der NAV ist der Meinung, daß die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über den vom Bundessozialhilfegesetz gesteckten Rahmen hinausgeht. Die Forderung nach Angabe des vollen Geburtsdatums des Behinderten in der Mitteilung des Arztes an das Gesundheitsamt stellt, wie er betont, eine eindeutige Umgehung des Willens des Gesetzgebers dar, der mit der Vorschrift, daß die Namen der Behinderten nicht anzugeben sind, doch offensichtlich der ärztlichen Schweigepflicht genügen will.

Die Angabe des vollen Geburtsdatums eines Patienten läßt aber jedenfalls in überschaubaren Bereichen eine Identifizierung des Behinderten zu. Dies verstößt gegen die Schweigepflicht des Arztes, die nicht etwa ein Sonderrecht der Ärzte darstellt, sondern ausschließlich dem Schutzbedürfnis des einzelnen Staatsbürgers zu dienen hat. Weiterhin gehen die im ärztlichen Meldeformular über eine Behinderung geforderten Angaben weit über den Rahmen einer Mitteilung einer Behinderung hinaus.

Aus diesen Gründen will der NAV die Bestimmungen der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften, die durch die Mitteilungen der einzelnen Länderministerien in den entsprechenden Ärzteblättern für die Ärzte verbindlich gemacht worden sind, im Wege eines Verwaltungsverfahrens auf ihre Rechtmäßigkeit überprüfen lassen. Dazu bedarf es zunächst der verwaltungsgerichtlichen Klage. Für eine solche Klage braucht man einen Klageberechtigten. Das wäre z. B. ein Arzt, der von seinem zuständigen Gesundheitsamt wegen unzureichender Meldung mit einem sogenannten „Verwaltungsakt" beglückt worden ist. Gegen diesen Verwaltungsakt kann man dann vorgehen.

Der NAV sucht daher unter seinen Mitgliedern Ärzte, die mit ihm der Meinung sind, daß die vorgeschriebenen Mitteilungen gegen ihre Schweigepflicht verstoßen und die geforderten Angaben im Mitteilungsblatt ebenfalls über den Auftrag des Gesetzgebers hinausgehen. Sie werden aufgefordert, gegen einen Verwaltungsakt des Gesundheitsamtes Widerspruch einzulegen, um auf diese Weise den Klageweg zu eröffnen. Der NAV würde solche Klagen unterstützen und die Prozeßkosten tragen, um eine grundsätzliche Klärung der von ihm bereits bei Beratung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift vorgebrachten Bedenken herbeizuführen.

Übersicht über die Durchführungsmaßnahmen der Länder auf Grund der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften des Bundes vom 21. Juli 1970 (VwV), GMBl. S. 364

Lfd. Nr.	Bundesland	Unterrichtung der Ärzte (§ 2 VwV) durch:	Merkblätter für Behinderte und Mitteilungsblätter den Ärzten zur Verfügung gestellt (§§ 3 und 4 VwV) durch:
	I	II	III
1	Baden-Württemberg	Ärzteblatt Baden-Württemberg 7/1971 (Juli) 6 Seiten Sonderdruck	Gesundheitsämter (gemäß Erlaß Innenministerium Baden-Württemberg vom 23. Juli 1971 — X 1449/146)
2	Bayern	Bayerisches Ärzteblatt 1/1971 (Januar) 13 Seiten Sonderdruck	Gesundheitsämter (kein Erlaß) Anfang 1971
3	Berlin	in 1971 (lt. Mitteilung des Senators für Gesundheit und Umweltschutz vom 18. Juli 1972 — IVD 22-5609/2b/2f)	wie zu II (kein Erlaß)
4	Bremen	Ärztekammer im Juli/August 1971 (lt. Mitteilung des Senators für Gesundheit und Umweltschutz vom 19. April 1973 — 513-33-03/1)	wie zu II (kein Erlaß)
5	Hamburg	Briefsendung im August 1971 in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Hamburg (mit besonderem Merkblatt für Ärzte) lt. Mitteilung der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg vom 18. April 1973 — 560-01.2	wie zu II (kein Erlaß)
6	Hessen	Hessisches Ärzteblatt 8/1971 (August)	Gesundheitsämter (gemäß Erlaß des Hessischen Sozialministers vom 18. März 1971 — M/III B 20 — 18 h 26/01) Stanzeiger für das Land Hessen Nr. 15/71, S. 640) (auf Abruf bereitgehalten)
7	Niedersachsen	RdErlaß des Niedersächsischen Sozialministers vom 20. Januar 1971	Gesundheitsämter (gemäß RdErlaß des Sozialministers vom 20. Januar 1971 — IV/C 7 - I B 7 - 61/00/1 — Niedersächsisches MBl. 7/71)
8	Nordrhein-Westfalen	Rheinisches Ärzteblatt, Heft 12/1971 sowie Westfälisches Ärzteblatt, Heft 8/1971	a) Merkblätter: Gesundheitsämter (auf Abruf bereitgehalten) gemäß RdErlaß Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 9. Dezember 1970 (MBl. NW 1971, S. 14) b) Mitteilungsblätter: Gesundheitsämter (auf Abruf bereitgehalten) gemäß RdErlaß Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 5. Mai 1971 (MBl. NW 1971, S. 980 und Ergänzung S. 1410)

9	Rheinland-Pfalz	Landesärzteblatt Rheinland-Pfalz vom 1. November 1971 (bes. Mitteilungsblatt für Ärzte)	Gesundheitsämter (auf Abruf bereitgehalten) gemäß RdErl. des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Sport vom 8. Oktober 1971 — VII-711-04 IVb 453-02)
10	Saarland	Saarländisches Ärzteblatt 1/1973 (Januar)	Gesundheitsämter (auf Abruf bereitgehalten) gemäß RdErl. des Ministers für Arbeit, Sozialordnung und Gesundheitswesen von 11. Januar 1973 — D III - 735 - 65
11	Schleswig-Holstein	Sonderdruck zum Ärzteblatt des Landes Schleswig-Holstein, Heft 2/1971 (Februar)	Gesundheitsämter (auf Abruf bereitgehalten) (Juli 1971, Mai 1972) lt. Schreiben des Sozialministers des Landes Schleswig-Holstein vom 1. Februar 1973